



ЗдравПлюс / ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY
HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ

Первичная помощь: Краткое изложение недавнего развития событий

Technical Report:
Primary Care: Summary of Recent Developments

Авторы

Сьюзан Фостер, MA, PhD

Ричард Лейнг, MD, MBChB, MSc

Рич Фили, JD

Сара Алкенбрак, MPH

4 февраля, 2002 года

**Школа Общественного Здравоохранения Бостонского
Университета**

Факультет Международного Здравоохранения



FUNDED BY:
THE U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT



IMPLEMENTED BY:
ABT ASSOCIATES INC.
CONTRACT NO. 115-C-00-00-00011-00

DOC NO: OT_TD_1(R)

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ

Первичная помощь: Краткое изложение недавнего развития событий

Авторы

Сьюзан Фостер, MA, PhD

Ричард Лейнг, MD, MBChB, MSc

Рич Фили, JD

Сара Алкенбрак, MPH

4 февраля, 2002 года

Школа Общественного Здравоохранения Бостонского

Университета

Факультет Международного Здравоохранения

Содержание

I. Тезисы.....	1
II. Краткое содержание.....	2
III. Введение	4
IV. Развитие Определения Первичной Помощи.....	5
V. Действует ли Первичная Помощь?.....	8
VI. Кто оказывает первичную помощь?	12
VII. Как организована первичная помощь?.....	18
VIII. Как оплачиваются поставщики первичной медицинской помощи?.....	19
IX. Как организовано правительство для работы с первичной помощью?.....	21
X. Первичная помощь в городе и сельских районах	23
XI. Новое в первичной помощи.....	25
XII. Заключение	30

I. Тезисы

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) лежит в основе реформы здравоохранения в Центральной Азии. Предполагается, что посредством улучшения взаимосвязи между пациентом и одним конкретным врачом первичной помощи, врач сможет решать большинство медицинских проблем пациента без направления последнего в специализированные учреждения.

Приводя анализ первичной медико-санитарной помощи ряда развитых стран и обзор соответствующей литературы, данный документ объясняет, почему акцент на первичной помощи является, в конечном итоге, более результативным, нежели акцент на узкоспециализированной и стационарной помощи. Отчет дает заключение, что первичная медико-санитарная помощь может работать результативно, хотя в настоящее время не существует единой модели первичной помощи, которой необходимо следовать. Хорошие результаты достигнуты посредством внедрения систем с различными источниками финансирования, различных типов организаций и различных схем оплаты труда врачей. Данный отчет подчеркивает важность адекватного финансирования первичной помощи, даже за счет других секторов здравоохранения; высокого качества подготовки врачей первичной помощи; роли преемственности врач-пациент в секторе первичной помощи; и важность единого подхода.

II. Краткое содержание

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) лежит в основе реформы здравоохранения в Центральной Азии. Предполагается, что посредством улучшения взаимосвязи между пациентом и одним конкретным врачом первичной помощи, врач сможет решать большинство медицинских проблем пациента без направления последнего в специализированные учреждения. В такой системе более сильная взаимосвязь между одним врачом первичной помощи и пациентом должна привести к лучшей осведомленности пациента, сокращению факторов риска по заболеваемости и унифицированному применению мер профилактики.

Данный отчет, рассматривая оказание первичной медико-санитарной помощи в развитых странах, основанной на таком же принципе врач-пациент и уровень осведомленности, как и в странах Центральной Азии, объясняет, почему акцент на первичной медико-санитарной помощи является, в конечном итоге, более результативным, нежели акцент на узкоспециализированной и стационарной помощи.

В отчете постоянно дается описание системы оказания первичной помощи и роль семейных врачей в системе здравоохранения. Посредством анализа первичной помощи ряда развитых стран: Австралии; Канады; Финляндии; Японии; Малайзии; Великобритании; и Соединенных Штатов, а также посредством обзора соответствующей литературы, отчет приводит заключение, что не существует единой модели первичной помощи, которые необходимо следовать. Хорошие результаты достигнуты посредством внедрения систем с различными источниками финансирования, различных типов организаций и различных схем оплаты труда врачей.

Однако в отчете приводится ряд заключений, которые применимы к ряду стран. Во-первых, первичная медико-санитарная помощь действительно результативно действует. На это указывают сравнительный анализ по странам и практические исследования. При условии надлежащей организации, первичная помощь по сравнению со специализированной помощью повышает состояние здоровья и сокращает расходы.

Правительства могут принять два наиболее важных решения для поддержки первичной медико-санитарной помощи, а именно, использовать «правильные» системы финансирования и образования. Системы финансирования должны предусматривать достаточно ресурсов для первичной помощи, даже за счет вторичной и третичной помощи. Кроме того, системы должны гарантировать справедливое финансирование первичной помощи по регионам, имеющим различный уровень среднего дохода.

Применение «правильной» системы образования означает, что в настоящее время в медицинском образовании существует стойкая тенденция расширять учебные заведения, подготавливающие кадры для вторичной и третичной помощи. Первичная медико-санитарная помощь должна рассматриваться как отдельная специальность, которая заключается в оказании первичной помощи врачами, прошедшими специальную после дипломную подготовку. Медицинские школы должны признать необходимость подготовки по врачам первичной помощи с клиническим обучением всех врачей, которые будут работать в учреждениях ПМСП. Первичная помощь не будет иметь успех, если врачи первичной

помощи будут наименее обученными специалистами. Когда врачи первичной помощи будут подготовлены, объем услуг, предоставляемых ими услуг, и они смогут эффективно лечить большинство заболеваний. Они смогут пользоваться большим спектром лабораторных и основных диагностических тестов. В дополнение, нет необходимости выделять отдельно лечение таких состояний, как инфекционные заболевания или хронические болезни, как диабет, астма или гипертензия.

Прочная связь между врачом первичной помощи и пациентом является важным моментом в достижении целей первичной помощи. Зарегистрированный пациент, обслуживаемый у одного и того же врача, скорее всего, обратится за профилактической помощью, и будет выполнять предписания врача, нежели пациенты в системах, в которых им приходится посещать ряд различных специалистов. Прочная связь между врачом первичной помощи и пациентом сокращает затраты за счет реальных результатов пропаганды и образования населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья и личной ответственности врача за пациента.

Наконец, отчет подчеркивает, что первичная помощь должны поддерживаться специальными программами, чтобы жизненно важные лекарственные средства были доступны по цене и имелись в наличии. Однако распределение врачами выписываемых ими лекарственных средств может исказить принцип работы, поэтому такая практика может иметь место в сельских регионах, из которых сложно добраться до ближайшего медицинского учреждения.

III. Введение

Данный доклад был подготовлен для Проекта ЗдравПлюс, работающего в таких Центрально-азиатских государствах как Казахстан, Узбекистан и Киргизстан. Реформы здравоохранения, помощь, в проведении которых оказывает Агентство Международного Развития США в этих странах, направлены на поддержание первичного звена здравоохранения в целях улучшения эффективности здравоохранения и создания возможности рационализации сектора здравоохранения (включая сокращение объема стационарного лечения) посредством сокращения количества заболеваний, требующих госпитализации.

Первичная помощь, на которую делается акцент в этих реформах, представляет собой медицинскую помощь первой линии для часто встречающихся состояний, оказываемой одним врачом, который понимает пациента и его семью. Такой врач будет работать в рамках малой группы первичной помощи, а не больших поликлиник, где объединены врачи первого контакта и узкие специалисты, что являлось основным отличием советской системы здравоохранения. Целью первичной помощи является сделать медицинские услуги более удобными для клиентов, где во время первого контакта с врачом, решается большинство медицинских проблем без направления в другие звенья здравоохранения. В такой системе, чем сильнее отношения между одним врачом первичной помощи и пациентом, тем выше знания пациента, меньше факторов риска приводящих к заболеваниям, и более унифицировано проведение профилактических мероприятий.

В чем, спрашивают некоторые, отличие данного подхода от Советской ориентации на бесплатное и легко доступное медицинское обслуживание посредством женских, детских и общих поликлиник? Какие есть свидетельства того, что пропагандируемый упор на первичную помощь, улучшит результаты или повысит эффективность в здравоохранении? Что происходит в области первичной медико-санитарной помощи в мире? Каково развитие этой концепции после принятия знаменитой декларации ВОЗ о «Здравоохранении для всех», выпущенной в Алматы, Республика Казахстан, в 1978 году и большинством считающейся Всемирной Хартией движения первичной медико-санитарной помощи? Для того, чтобы ответить на эти вопросы, Проектом ЗдравПлюс был заказан данный обзор недавней литературы.

В данном докладе делается упор на странах с достаточным количеством врачей. В то время как доход на душу населения в Центрально-азиатских республиках может быть сопоставим с развивающимися странами среднего уровня дохода, численность занятых в здравоохранении, и уровень образования населения больше соответствует уровню развитых стран. Поэтому мы не говорили о стратегии, применяемой к населению в тех странах, где один врач приходится на несколько тысяч человек. Такие страны должны опираться на использование работников здравоохранения среднего уровня, а не врачей в качестве первичного контакта в целях профилактики и лечения по большей части. Однако, говоря о развитых странах, подобных Центрально-азиатским республикам, где имеются некоторые отдаленные малонаселенные районы, мы обсуждаем стратегии для развития первичного звена в таких отдаленных районах.

Данный доклад основан на обзоре общей литературы по первичной помощи, и всестороннем рассмотрении характеристик первичной помощи семи высоко развитых систем здравоохранения:

- Великобритания
- Канада
- Австралия
- Финляндия
- Япония

- Малайзия
- Организации по охране здоровья в США

Исследование систем кратко изложено в таблицах в конце данного доклада. Где было уместно, информация из таблиц была введена в основной текст отчета. Ссылки на определенные характеристики систем здравоохранения даны в таблицах и не повторяются в тексте. Ссылки приводятся в тех пунктах текста, где идет обсуждение тенденций или определенного эмпирического исследования.

IV. Развитие Определения Первичной Помощи

Определение первичной помощи может меняться, в зависимости от точки зрения отдельных лиц или групп, использующих данное определение. В данном отчете мы определяем первичную помощь как медицинский аспект всеобъемлющей системы первичной медико-санитарной помощи, который включает более широкую общественность и признает связь между результатами в здравоохранении и теми факторами, которые лежат за пределами прямого контроля системы медицинского обслуживания. В данном отчете мы говорим о первичной помощи с пониманием того, что она должна соответствовать более широкой концепции первичной медико-санитарной помощи.

Общие элементы в большинстве определений характеризуют первичную помощь в следующем виде:

- Это первый контакт гражданина с системой здравоохранения
- Она сконцентрирована на профилактике и повышении образованности пациента, а также лечебной помощи
- Она отвечает нуждам местного населения и им поддерживается
- Она ориентирована на пациента и обеспечивает непрерывность, обычно определяемую как ситуацию, в которой пациент (и иногда его семья) обращаются к одному врачу, который постепенно узнает их медицинское и социальное положение и зарабатывает доверие пациента, благодаря которому пациент более строго следует инструкциям врача.

В США, бастионе свободного рынка и медицинской практики, в которой доминировали врачи-специалисты, Институт Медицины в 1994 году дал определение первичной помощи, которое повторяло дух Алматинской декларации, и поддержало многие из ее пунктов:

“Первичной помощью является обеспечение интегрированных, доступных медицинских услуг, оказываемых клиницистами, которые несут ответственность за решение большинства индивидуальных проблем со здоровьем, развитие устойчивого партнерства с пациентами, и практики в условиях семьи и общества.”

A. Алматинская декларация

Алматинскую декларацию 1978 года обычно называют «Здоровье для всех к 2000 году». Но, декларация явилась результатом Конференции ВОЗ по Первичной Медико-Санитарной Помощи. Заявляя о том, что здоровье и здравоохранение является правом, в декларации проясняется, что первичная помощь является механизмом, посредством которого может быть реализовано данное право. В Алматинской декларации сформулировано, что первичная помощь является видом деятельности и основным фокусом системы здравоохранения страны и является «первым уровнем контакта человека, семьи и общественности с национальной системой здравоохранения, приближая здравоохранение к местам проживания и работы людей».

Далее в декларации говорится, что первичная помощь должна быть частью концепции первичной медико-санитарной помощи, включающей в себя и работающей с другими аспектами развития, такими как сельское хозяйство, жилищное строительство и образование. Успешная программа первичной медико-санитарной помощи должна включать:

- образование в области широко распространенных проблем здравоохранения и методов их профилактики и контроля
- стимулирование снабжения продовольствием и пропаганда правильного питания
- безопасность воды и санитарии
- охрана материнства и детства, включая планирование семьи
- иммунизация против основных инфекционных заболеваний
- профилактика и контроль локальных эпидемических заболеваний
- соответствующее лечение распространенных заболеваний и телесных повреждений
- обеспечение основными лекарствами.

Медицинский компонент программы первичной помощи должен быть тесно связан с общественностью, и отвечать ее нуждам.

V. Новый акцент на элементах первичной помощи

1. Справедливость и эффективность

Концепция первичной помощи была принята двумя группами, которые как кажется, прежде всего, имеют очень разные планы. Сторонники того, что здоровье и здравоохранение является основополагающим правом человека, считают первичную помощь средством, позволяющим реализовать данное предназначение. Как подчеркивалось в Алматы, первичная медико-санитарная помощь должна быть доступной для всех.

В то же время правительства развитых и развивающихся стран обеспокоены издержками сектора здравоохранения. По мнению многих изучающих эту проблему, первичная помощь обещает быть более эффективной. Квалифицированная первичная помощь предупреждает госпитализацию, уменьшает использование специалистов и высокотехнологичных анализов и обеспечивает более высокие результаты в здравоохранении при меньших затратах. В системах с большим количеством специалистов и стационаров, врач первичной помощи становится «стражем» – врачом, который направляет (и контролирует) направления на получение более специализированных услуг, и от имени пациента берет на себя ответственность за организационные вопросы. «Страж» контролирует, и совершенствует доступ к более дорогим услугам. Эта роль первичной помощи, как связующего звена, ведущего к повышению эффективности системы здравоохранения, в последние годы приобрела еще большую важность.

Можно объединить цели достижения эффективности и права на доступность. В совершенно рациональной системе, сэкономленные благодаря первичной помощи средства, могут быть использованы на расширение спектра услуг для неблагоприятных групп. В то время как, существует свидетельство (описано ниже) влияния первичной помощи на издержки направления в стационар, достижение цели замены чрезмерно дорогой стационарной помощи первичной не является легкой задачей. Больницы и специалисты часто контролируют бюджеты министерства здравоохранения и позиции сил, и сопротивляются переводу финансирования на укрепление системы первичной помощи.

Исследования в области общественного здравоохранения давно показали, что бедность и плохое здоровье тесно связаны.ⁱ Считается, что отчасти этот эффект связан с трудностями в доступности здравоохранения, включая первичную помощь. Однако, даже в системах, в которых финансирование здравоохранения распределено справедливо, и первичная помощь легко доступна, результаты работы здравоохранения среди бедных слоев населения хуже.ⁱⁱ Вредные для здоровья привычки (курение, употребление алкоголя) у бедного населения не объясняют в полной мере этой разницы. Поэтому, Лейбористское правительство Великобритании начинает поиск путей, когда первичное и общественное здравоохранение должно реагировать для выравнивания неравенства в области платы за здоровье. В попытке максимизировать выгоду от преимуществ здравоохранения для целевых слоев населения стратегия «Первичная помощь, ориентированная на общество» включает эпидемиологию, общественное здравоохранение и финансовый менеджмент в модель оказания первичных медицинских услуг.ⁱⁱⁱ В целях улучшения результатов здравоохранения, система первичной помощи должна быть активной, а не просто доступной.

2. Пакет основных услуг

В 1993 году Всемирный Банк опубликовал Отчет о Всемирном Развитии: Инвестируя в Здравоохранение – очень влиятельный и спорный отчет о здравоохранении и развитии. Используя методологию Мюррея и Лопеса, отчет показывал, как показатель бремени заболеваемости меняется в зависимости от уровня развития. Инфекционные заболевания и проблемы репродуктивного здоровья составляют наибольшее бремя заболеваемости в развивающихся странах. С дальнейшим развитием, бремя данных заболеваний снижается, но при соответствующем росте бремени хронических заболеваний и телесных повреждений. Анализ, проведенный Банком, показывает, что посредством пакета основных услуг первичной помощи, которые могут быть оказаны при низкой себестоимости поставщиками медицинских услуг первого контакта^{iv}, можно справиться с условиями, создающими наибольшее бремя заболеваемости. В рекомендуемый пакет включены:

- планирование семьи и предродовая помощь,
- лечение инфекционных заболеваний, включая туберкулез и малярию
- вакцинация детей
- лечение легких телесных повреждений

Банк также признал, что бремя хронических заболеваний будет возрастать с увеличением возраста населения. Банк является сторонником государственной поддержки данного пакета основных услуг, и сопутствующего снижения государственного финансирования больших специализированных стационаров. Анализ затратной эффективности, выполненный банком, подкрепил доводы об усилении услуг первичной помощи.^{iv}

В другом исследовании продолжается точка зрения, что квалифицированная первичная помощь может решить большинство медицинских проблем. В 1994 году в докладе Всемирной Организации Здравоохранения и Всемирной Организации Семейных Врачей цитируется работа двадцатилетней давности, обнаружившая, что только одна медицинская проблема из 1000 требует лечения в клинике третичного уровня здравоохранения.^v В той же работе приводятся доводы о том, что хорошо подготовленный врач общей практики может диагностировать и лечить свыше 90% заболеваний встречающихся у населения. Сообщается, что голландские врачи первичной помощи лечат 94% встречающихся медицинских проблем.^{vi}

3. Непрерывность помощи

Роль врача первичного звена в обеспечении непрерывности оказания помощи стала более важной в развитых странах в связи с ростом стоимости лечения во вторичном звене здравоохранения. Во-первых, ожидается, что врач первичного звена должен знать пациента, и таким образом, заручившись доверием пациента, эффективно решить его проблемы. (Эти доверительные отношения связаны с положительными результатами.^{vii}) Во-вторых, если поставщик медицинских услуг первичной помощи не может решить определенную медицинскую проблему, он или она должны провести пациента через систему специализированной помощи. Поставщик медицинских услуг первичной помощи не только направляет к специалисту, но также помогает определить «пакет» необходимых услуг для местного населения. Таким образом, увеличивалась ориентация на «коллективную работу», где первичное звено координирует услуги - специализированные, больничные, патронажные; психиатрическую помощь, и другие элементы более широкой сети медицинской и социальной помощи. Все чаще врача первичной помощи считают «капитаном корабля», направляющим экипаж, удовлетворение всех нужд пациентов.

Наложение на поставщика медицинских услуг первичного звена определенного финансового «риска», обязанности через механизм фондодержания, или подобных ему далее расширяет эту ответственность. «Фондодержание» относится к системе, в которой врач первичной помощи управляет бюджетом, предназначенным для оплаты части или всей стоимости специализированных услуг, использованных пациентом. Успех в снижении затрат связанных с направлениями к специалистам, может увеличить располагаемые первичным звеном средства, в то время как врач может столкнуться с уменьшением доходности его практики в случае, если затраты на специализированную помощь превысят бюджет. Таким образом, врач первичной помощи будет заинтересован в решении проблем пациентов без направления к специалистам или в быстром возвращении направленного пациента для лечения в месте постоянного проживания. Таким образом стимулируемые активное управление направлениями и последующие наблюдения, могут принести пользу пациенту, а также сократить время нахождения вне дома или работы посредством сокращения количества госпитализаций, продолжительности нахождения в больнице, и количества направлений без необходимости. Это подтверждается многочисленными исследованиями.^{viii}^{ix}

4. Разделение покупателей и поставщиков медицинских услуг

Со времени принятия Алматинской Декларации 1978 года, многие системы здравоохранения последовали совету отделить финансирование медицинских услуг от прямого оказания таких услуг.^x^{xi} Это не означает, что правительства отдельных стран (как в Финляндии или Швеции), которые управляли клиниками первичной медико-санитарной помощи, перестали это делать. Муниципалитеты продолжают управлять этими учреждениями. Однако, все больше и больше условий для практики первичной помощи диктуются правительственными агентствами или медицинскими страхователями, финансирующими медицинскую помощь, где поставщики медицинских услуг (включая поставщиков услуг первичной помощи) переходят от прямого контроля к договорным отношениям. Это не сдерживает расширение круга качественных услуг оказываемых первичной помощью. Это даже может привести к увеличению финансовых средств направляемых в первичную помощь.^{xii} Но, это означает, что правительства, особенно центральные, маловероятно будут нанимать врачей напрямую для оказания услуг первичной помощи.

V. Действует ли Первичная Помощь?

A. Международные и межрегиональные сравнения – результаты и приверженность к первичной помощи

Не существует простой «Таблицы лучших» или стандартной классификации характеристик, позволяющей аналитикам определить уровень развития первичной помощи в какой-либо стране.

Однако, было сделано несколько попыток оценки различных аспектов приверженности к первичной помощи, и сопоставления их с результатами работы системы здравоохранения. Общий вывод заключается в следующем: количество врачей первого контакта, а не общее количество врачей или количество специалистов, наиболее тесно связано с состоянием здравоохранения, измеряемым продолжительностью жизни и детской смертностью.

Исследование, проведенное Ши в США, показало, что наличие врачей первичной помощи в 50 штатах и Округе Колумбия имеет положительную взаимозависимость с результатами работы системы здравоохранения.^{xiii} Такая позитивная корреляция не наблюдалась для общего числа врачей или количества специалистов. Этот вывод подтверждает более раннее исследование, которое показало, что отношение количества врачей первичной помощи к численности населения было единственной устойчивой корреляцией с улучшившимися показателями по возрастной смертности в Соединенных Штатах.^{xiv}

Первичная помощь, оказывается, снижает затраты в расчете на пациента, а также улучшает результаты. Изучение данных Программы Страхования Здоровья Престарелых США (Medicare) показало, что себестоимость пакета услуг была ниже в тех зонах, где наблюдалось более высокое соотношение врачей первичной помощи.^{xv} Программа Страхования Здоровья Престарелых является унифицированной национальной программой здравоохранения для пенсионеров, которая обеспечивает относительно неограниченный доступ, как к первичной, так и специализированной помощи.

Старфилд, профессор Университета Джонса Хопкинса, известный сторонник первичной помощи, расширяет пример США до международных масштабов, утверждая, что «ориентация первичной помощи в системе здравоохранения какой либо страны связана с более низкой себестоимостью лечения, большим удовлетворением населения медицинским обслуживанием, более высокими показателями здравоохранения и более низкому уровню использования лекарств».^{xvi} Суть ее доводов обобщена в Таблице 1. Были оценены одиннадцать факторов в каждой системе здравоохранения, и затем страны классифицировались так, что меньшее значение в «рейтинге первичной помощи» в таблице 1 означает, что данная страна стоит ближе к идеалу первичной помощи (стоит ближе к теоретическому №1). Среди оцениваемых факторов первичной помощи были:

- передача функции первичного звена одному определенному типу врачей, а не двум или многим типам.
- процент работающих врачей, являющимися специалистами первичного звена
- заработок врачей первичной помощи по отношению заработка специалистов (высокое соотношение дохода врачей первичной помощи к доходу специалистов является хорошим показателем)
- доступность специалистов, в основном, через направление от первичного звена
- врачи первичной помощи берут на себя ответственность за определенную группу пациентов
- широта и единообразие услуг профилактической помощи
- официальные механизмы передачи информации между врачами первичной помощи и специалистами
- прямое принятие врачом первичной помощи на себя ответственности за семейное медицинское обслуживание.

Результаты оценки в таблице 1 включают удовлетворенность пациента, подушевые затраты (меньшие затраты считаются хорошим показателем), достижения по стандартизации показателей здравоохранения

таких как продолжительность жизни и детская смертность, употребление лекарств на душу населения (меньшее количество лекарств считается лучшим показателем). Чем меньше значение отдельных и общих показателей, тем лучше результаты страны.

Таблица 1: Классификация первичной помощи и показателей «результативности»

Страна	Классификация первичной помощи	Показатели результативности				Средние показатели результатов
		Удовлетворенность	Затраты на душу населения	Индикаторы здравоохранения	Потребление лекарств на душу населения	
США	11.0	8.0	11.0	8.0	7.0	8.5
Австралия	8.0	5.0	6.0	5.0	-	5.3
Бельгия	9.0	-	4.0	11.0	6.0	7.0
Западная Германия	10.0	3.0	8.0	9.5	9.0	7.4
Канада	6.5	1.0	10.0	3.0	8.0	5.5
Дания	3.0	-	3.0	6.5	1.0	3.5
Финляндия	3.0	-	5.0	6.5	-	5.8
Нидерланды	3.0	2.0	7.0	2.0	3.0	3.5
Испания	5.0	7.0	2.0	4.0	5.0	4.3
Швеция	6.5	4.0	9.0	1.0	2.0	4.0
Великобритания	1.0	6.0	2.0	9.5	4.0	5.4

Источник: Старфилд, Б. *Важна ли первичная помощь?* *Lancet* 1994; 344:1131.

У Германии и США плохие показатели по первичной помощи – 11 и 10 по сравнению с лучшим показателем по первичной помощи – 1 – у Великобритании. Средняя результативность Соединенных Штатов и Германии также относительно хуже по сравнению с результатами, достигнутыми Нидерландами, Великобританией и некоторыми скандинавскими странами. В странах с лучшими результатами имеется тенденция к большей приверженности к первичной помощи, часто включая требование того, что доступ к специалистам возможен только при направлении от врача первичной помощи. Старфилд отмечает, что страны с более сильными системами первичной помощи также имеют тенденцию к большему равенству доходов. Изучение нескольких стран показало, что относительное равенство в доходах лучше взаимодействует с лучшими результатами в здравоохранении.^{xvii} Приверженность к справедливости, несомненно, влияет на широкую доступность первичной помощи.^{xvi} Тем не менее, Старфилд приводит веский довод о том, что первичная помощь, включая ее роль в качестве «стража» на пути к другим ступеням здравоохранения, является самостоятельно важным элементом в достижении хороших результатов в национальном здравоохранении.

В обращении, сделанном Старфилд на конференции в Малайзии, она перечисляет причины наблюдаемой корреляции между вниманием к первичной помощи и более высокими результатами в здравоохранении. Одна из этих причин финансовая: «Специализированная помощь является более дорогой, чем первичная помощь, и поэтому менее доступной для людей с меньшим достатком…… в соревновании, куда вложить деньги специализированная помощь выигрывает перед первичным звеном, таким образом, отвлекая мощности только для тех услуг, которые лучше распределены.^{xviii}

Старфилд подкрепляет свои аргументы исследованиями, которые не обсуждались в предыдущей статье. Исследование проводилось в Барселоне после осуществления реформ первичной помощи. В тех районах города, где реформы были осуществлены в первую очередь, уровень смертности связанный с гипертонией и инсультом снизился больше, чем в тех районах, где проведение реформ первичной помощи задерживалось.^{xix} В США, как показало исследование, доступность первичной помощи даже

имеет способно возместить более низкие результаты в здравоохранении, ожидаемые в районах с большим неравенством в доходах.^{xviii}

В. Контрольные и лонгитудинальные исследования

Проведение межгосударственных и межрегиональных статистических сравнений обременено трудностями. По этой причине, исследователи искали более контролируемые пути для оценки результатов первичной помощи. Некоторые из них измеряли лонгитудинальные результаты до, и после введения инновации в виде первичной помощи. В других исследованиях была сделана попытка использовать методологию контрольных исследований, где группа пациентов, получающая обслуживание в первичном звене сравнивается с подобной группой, не получающей такого обслуживания. Много таких исследований проводилось в США, так как в отличие от Канады или Великобритании, там нет национальной системы, которая делает упор на первичную помощь и общей практике. Таким образом, имеются естественные контрольные группы, не использующие первичную помощь в том виде, как определено в данном документе. Отсутствие общенационального внимания к первичной помощи, и высокий процент специалистов, создают большую схожесть с бывшим Советским Союзом, где эксперименты в области первичной помощи также имели место в рамках системы здравоохранения, в которой доминировала специализированная помощь. Многие из этих исследований рассматривают аспекты непрерывности, а также помощи ориентированной на пациента. Непрерывность определяется как продолжающиеся отношения с отдельным поставщиком услуг первичной помощи.

«Ориентация на пациента» имеет более мягкое определение, но обычно включающее непрерывность плюс такие аспекты как:

- Выбор пациентом поставщика первичной помощи,
- Рамки, в которых поставщик услуг первичной помощи устанавливает отношения, в которых пациент полагается на врача, и
- Хорошее знание врачом самого пациента и условий жизни его семьи.
- Непрерывный контакт и обмен информацией между поставщиком первичной помощи и специалистами, к которым направляется пациент

Некоторые результаты такого типа исследований кратко изложены ниже:

- В организациях по охране здоровья в США (ООЗ), «с повышением количества поставщиков услуг первичной или специализированной помощи пациент столкнулся ... было связано с повышением использования и стоимости... Количество поставщиков специализированных медицинских услуг также возросло, как и число поставщиков услуг первичной помощи». Стоимость лекарств для тех же медицинских состояний возросла, с увеличением числа отдельных поставщиков.^{xx} ООЗ является организацией, обязанностью которой является оказание полного спектра медицинских услуг, требуемых пациентом, оплачивается по подушевому принципу, и обычно прибыльно в финансовом плане, при условии, что более хорошая профилактическая и первичная помощь снижает общую стоимость медицинского обслуживания.
- Облегченный доступ к первичной помощи (в восприятии пациента) снизил количество профилактических госпитализаций.^{xxi} Факторы, способствующие облегченному доступу, включали более продолжительные часы приема, меньшие затраты времени на приезд, и меньше расходов из кармана пациента.
- Была установлена взаимозависимость всестороннего знания врача о пациенте и веры пациента во врача, с более высокой приверженности пациента строго следовать инструкциям врача.^{vii}

- Отличительные черты первичной помощи (знание пациента, непрерывность, хорошие отношения с пациентом) повышают качество консультирования по профилактике болезней и повышают уровень иммунизации.^{xxii}
- У амбулаторных пациентов с психическими отклонениями, переданных группе первичной помощи (в дополнение к получению психиатрической помощи) наблюдались более хорошие результаты и более низкий уровень госпитализации.^{xxiii}

Интересное обсуждение причин того, почему первичная помощь может достигать более высоких результатов и меньшей себестоимости, приводится в статье канадского врача Вальтера Россера в журнале Семейная Практика. Россер отмечает, что есть значительные отличия между подходами к диагностике в первичном звене и специализированной помощи. «Так как проблемы, с которыми приходится работать семейным врачам обычно ранние и однообразные, они ... имеют дело с большей диагностической неопределенностью. Специалисты... наблюдают заболевание на более позднем этапе и обычно не имеют дела с проблемами лежащими за пределами их дисциплин. Они обычно не поддерживают партнерских отношений с пациентами, и имеют более короткий перечень состояний по которому формируют свои предположения..... Сталкиваясь с теми же проблемами пациентов, семейные врачи заказывают меньше анализов и процедур, однако получают те же результаты.»^{xxiv} Семейный врач использует свои знания о пациенте и его семье с целью сузить перечень возможных диагнозов, в то время как специалист использует больше анализов, так как он уже получил предварительный диагноз, или потому, что у него нет целостного представления о пациенте, что позволило бы ему исключить множество возможных диагнозов. Это сильный довод ПРОТИВ использования врача специалиста в качестве обычного врача первичной помощи.

VI. Кто оказывает первичную помощь?

A. “Врач общей практики” или “Специалиста по семейной практике” или “Специализированных врачей” (терапевты/педиатры)

Не существует единой модели образования и объема работы врача первичного звена. В таблице 2 приводятся требования предъявляемые к уровню образования врачей в изученных системах. Одним общим фактором является то, что врачи первичного звена в успешных системах НЕ являются просто выпускниками медицинских институтов, которые не смогли продолжить свое дальнейшее обучение. Первичная помощь является не просто уделом для тех врачей, которые имеют наиболее ограниченные навыки.

Таблица 2: Требования к Уровням Образования Врачей Первичного Звена

Страна	Требования к Образованию
Великобритания	5 (иногда 6) лет до-дипломного обучения и подготовки по медицине + год ординатуры + 3 года по специальности «Общая Практика»
Канада	3-4 года до-дипломного обучения в университете + 4 года медицинского образования + 2 года ординатура
Австралия	4 до 7 лет в медицинской школе (можно поступить до, во время и после учебы в университете) + 1 год интернатуры в больнице + 1-3 года ординатуры в больнице. Все врачи получают степень Бакалавра Медицины/Бакалавра Хирургии
Финляндия	6 лет в медицинской школе + 2 практической подготовки в больницах и центрах здоровья + 6 лет после дипломного обучения специальности общая практика
Япония	6 лет включая практическую подготовку, + последипломное обучение до самостоятельной практики
Малайзия	5 или 6 лет до-дипломного обучения медицине + 1 год практической

	подготовки (врачи стажеры проводят определенное время, живя при больнице)
США	4 года до дипломного обучения в университете + 4 года до дипломного медицинского образования + 3 года ординатуры

См приложения для получения справочной информации.

В тех странах, где имеются наиболее успешные примеры программ первичной помощи, наблюдается тенденция, что врачи первичной помощи, получившие специальную подготовку по общей практике, не работают в качестве консультантов специалистов. В Великобритании, например, Врачи Общей Практики (ВОП) обучаются в течение трех лет после медицинской школы, что специально готовит их к выполнению роли врачей первичного звена. Они должны сдать национальный экзамен по Общей Практике до начала самостоятельной деятельности. Квалифицированные Врачи Общей Практики имеют свою собственную влиятельную профессиональную ассоциацию. В Канаде, Австралии и Финляндии также имеются структуры обучения, которые специально готовят врачей для выполнения роли врачей первого контакта.

До реформ медицинского образования в начале 20 века, врачи первичной помощи в Соединенных Штатах не имели специализированной подготовки. В основном в течение прошлого века, Американская медицина развивалась в сторону большей специализации, меньше врачей шло в первичную помощь, и большинство становились педиатрами или занимались медициной внутренних органов. Только позднее была создана специальность семейная медицина с ординатурами после окончания медицинских школ, готовившими студентов к ведению полного спектра семейной практики. Большинство врачей первого контакта продолжали получать специализацию в педиатрии, медицине внутренних органов, или акушерстве и гинекологии.

За последние 10 лет мнение в США изменилось, с пониманием того, что слишком многие врачи высоко специализированы. Были предприняты согласованные усилия для увеличения доли выпускников медицинских колледжей школ поступающих в ординатуры по семейной практике, стимулирования новых терапевтов и педиатров заниматься первичной помощью.^{xxv} Из-за того, что семейных врачей так мало и так много специализированных врачей, организации по охране здоровья США (ООЗ) разрешают педиатрам и терапевтам работать в качестве врачей первичной помощи. Выражается озабоченность тем, что такие специалисты склонны заказывать больше анализов и иметь более дорогостоящее лечение, чем врачи, специально обученные для ведения семейной практики. Исследование, проведенное в 1998 году, показало, что «специализированные врачи ассоциировались с большим количеством организационных и географических барьеров и тем, что они оказывают меньше помощи первого контакта... Политика перевода специалистов в первичную помощь, могла привести к ухудшению качества системы оказания первичной помощи".^{xxvi} Однако в странах, где специалисты по семейной медицине представляют собой малую долю от общего числа врачей, система здравоохранения должна найти способ использовать педиатров и терапевтов в первичной помощи.

В. Объем практики

Модель практики отличается по подготовке врача, оплате, и структуре системы здравоохранения. Некоторые системы – особенно в Великобритании – налагают более строгое разделение между объемом работы для врачей первичной помощи и специалистов. Другие системы – как в США и Канаде – не разграничивают это так четко.

1. Госпитализация

Направление пациентов

В США и Канаде, врачам первичной помощи предоставлены больничные привилегии - принимать и лечить пациентов, нуждающихся в основной стационарной помощи. Врачи первичной помощи в Канаде и квалифицированные семейные врачи в США, также принимают нормальные роды. В

Великобритании, Финляндии и Австралии врачи первичной помощи обычно не оказывают стационарной помощи и направляют своих пациентов к консультантам в больницу, как для получения консультации, так и лечения. В Великобритании, ВОП остается в близком контакте с консультантом-специалистом, и организует последующий уход за пациентом после выписки.

Лечение пациентов в больнице

Врач первичной помощи должен иметь связь с хорошей и надежной больницей. Врач не является просто стражем на пути к стационарной помощи, когда пациенту нужна госпитализация, ВОП становится его лучшим адвокатом – он/она является знающим человеком, который помогает пациенту выбрать врача специалиста и больницу, а также выступает посредником от имени пациента. В качестве «капитана корабля», врач первичной помощи консультируется с другими поставщиками медицинских услуг, просматривает результаты анализов вместе с пациентом и его семьей, и оценивает варианты лечения. Врач первичной помощи планирует реабилитацию пациента после выписки из больницы, и помогает членам семьи справиться с болезнью пациента и/или психическим стрессом и депрессией. Таким образом, врач первичной помощи осуществляет наблюдение за лечением в больнице и производит проверку качества, которое могло быть потеряно при направлении к специалисту в больнице. Общение и тесные отношения между врачами больницы и врачом первичной помощи и, как следствие непрерывность лечения, является важными преимуществами модели первичной помощи.

2. Включаемые и не включаемые услуги

Немногие страны осуществляют строгую изоляцию при лечении инфекционных заболеваний, которое характеризовало систему медицинского обслуживания в Советском Союзе. Ожидается, что врачи первичной помощи должны лечить ЗППП, респираторные инфекции, и большинство болезней, подлежащих регистрации, если они не очень серьезные и не требуют госпитализации и изоляции. Даже лечение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа может быть предоставлено учреждению ПСМП, особенно, если у врача первичной помощи есть несколько пациентов с такими заболеваниями. В Японии, правительство заключает контракты с независимыми врачами первичной помощи для лечения и ведения больных туберкулезом.^{xxvii}

3. Акушерство и планирование семьи

В большинстве систем первичной помощи, врач первого контакта должен оказывать услуги по планированию семьи, а также дородовой уход. В если есть необходимость абортов и стерилизации обычно делается направление в больницу или специализированную клинику, а пациенты с ненормальным течением беременности направляются к специалисту в области акушерства.

Большее различие наблюдается в осуществлении родов. Когда у врачей первичной помощи нет больничных полномочий, они делают направление в больницу. Американские семейные врачи и канадские врачи общей практики могут принимать роды в больнице. В большинстве развитых стран, почти все роды происходят в больнице, и даже роженицы из сельских районов перевозятся для родов в больницу. Акушерки обычно практикуют в больницах под наблюдением врача. Однако в Голландии сохранилась сильная традиция акушерства, и значительная доля родов все еще происходит на дому с помощью акушерки. Похоже, что это не влияет неблагоприятно на показатели младенческой и материнской смертности.^{xxviii}

В США существует проблема оказания услуг по планированию семьи и дородовом обслуживании посредством врача первого контакта, так как многие из таких врачей обучались в качестве терапевтов, и не чувствуют себя уютно оказывая такие услуги.^{xxix} По этой причине, многие планы обслуживания в США, которые обычно исполняют роль «стража» на пути к специализированной помощи, разрешают женщинам обращаться к акушеру/гинекологу за получением этих услуг без направления.

4. Хронические заболевания

В успешных системах первичной помощи пациенты с распространенными хроническими заболеваниями остаются в ведении их врача первой помощи. Семейный врач лечит астму, гипертонию, диабет, многие сердечно-сосудистые заболевания (включая стенокардию и застойную сердечную недостаточность). В США, тот факт, что многие врачи первичной помощи получили обучение в качестве терапевтов, делает их подготовленными к работе с такими заболеваниями. Даже в тех странах, где обучение практике первичной помощи более общее (в Великобритании, например), врач первичной помощи продолжит наблюдение за пациентом после консультации с неврологом, кардиологом, или эндокринологом. Недавним нововведением является направление раковых пациентов для последующего наблюдения к семейным врачам после интенсивной фазы лечения. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что пациенты, у которых бы рак груди, были более удовлетворены, когда возвращались к своему врачу общей практики для последующего наблюдения вместо наблюдения в амбулаторной онкологической клинике.^{xxx}

5. Лабораторные анализы и рентген

Если врач первичной помощи должен работать с большинством состояний, он должен иметь доступ не только к таким диагностическим инструментам как стетоскоп и термометр. В большинстве изученных стран, врач первичной помощи имеет прямой доступ к простому рентгеновскому аппарату и электрокардиографу в клинике. Врач первичной помощи также может заказывать и расшифровывать широкий диапазон анализов. Образцы – мазок Папаниколау, крови, мочи или тканей – могут браться учреждениями первичной помощи. Однако в типичном учреждении первичной помощи обычно имеется только очень простая лаборатория, если она вообще есть, - возможно, лишь достаточная для проверки уровня сахара в крови больного диабетом. Вместо этого, большинство образцов посылается в другую лабораторию для анализа. Затем результат сообщается врачу первичной помощи, который в свою очередь интерпретирует результаты и проводит лечение пациента. Очень большие группы практики первичной помощи и большие муниципальные клиники, оказывающие первичную помощь (как, например, в Финляндии) могут иметь в своем составе лабораторию для выполнения этих анализов.

Там, где учреждения первичной помощи не велики, независимые коммерческие лаборатории или другие медицинские учреждения выполняют сами анализы, но пациент обращается к врачу первичной помощи для получения лечения по результатам анализов. Наличие хорошей системы работы с результатами анализов является одним из признаков хорошо организованной практики первичной помощи.

6. Психическое здоровье

Психические заболевания – в особенности депрессия и беспокойство – всегда являлись первопричиной или поводом для многих обращений в первичную помощь. Мюррей и Лопес оценивают, что в 1990 году психические заболевания составили 15.4 процента от общего бремени заболеваемости в признанных странах с рыночной экономикой, где среди психических заболеваний преобладает депрессия. По их оценке бремя психических заболеваний будет увеличиваться пропорционально продолжению развития.^{xxxi}

В настоящее время, врачей первичной помощи просят принять на себя более активную роль в диагностике и лечении этих заболеваний. Их обучают распознаванию депрессии, и большинство врачей первичной помощи могут и прописывают антидепрессанты.^{xxxii} Однако, врачи первичной помощи все еще не распознают значительного количества психических заболеваний.

Пациентов направляют на психотерапию, психиатрическое обследование и лечение с использованием более сложных психотропных средств, а также на стационарное лечение. Там, где мало квалифицированных психиатров, врачи первичной помощи могут ожидать и принимать увеличивающееся количество пациентов с психическими заболеваниями.

С. Выполнение роли «стража» на пути в более высокие звенья здравоохранения

Хотя и не везде, выполнение роли «стража» на пути в более высокие звенья здравоохранения является стандартным требованием во многих хорошо организованных системах первичной помощи и считается ключевым элементом контроля себестоимости. За исключением экстренных случаев, пациент не имеет доступа к услугам специалистов (без самостоятельной оплаты), если у него нет направления от своего врача первичной помощи («стража»). Эта практика принята в Национальной Службе Здравоохранения Великобритании, в Австралии, Финляндии и Канаде.

В исследовании пациентов с меньшим достатком, обслуживаемых государственной больницей в США, требование того, что врач первичной помощи должен одобрить направление на получение специализированных услуг, сократило общее число амбулаторных обращений и госпитализаций, даже когда врачи находились на окладе и не получали финансового вознаграждения, уменьшая количество направлений. Число обращений в первичную помощь увеличилось в среднем на 0,27 обращений каждого пациента в год, а количество обращений за получением специализированной помощи уменьшилось на 0,57 обращений каждого пациента в год. Количество госпитализаций также сократилось на 0,14 на каждого пациента в год.^{viii}

Большинство американских организаций здравоохранения также переняли требование к ПМСП по исполнению роли «стража», с тем, что американцы отказываются от свободного выбора поставщика медицинских услуг в пользу оплаты более низких взносов, предлагаемой управляемыми планами медицинского обслуживания. По отчету недавно проведенного исследования использование специализированной помощи не увеличилось в значительной степени через год, после того, как большая организация по оказанию медицинской помощи ООЗ отменила требование об исполнении роли «стража» при направлениях, хотя было увеличение количества само направлений пациентов с поясничной болью. Исследование не доказывает, что исполнение роли стража является неэффективным, так как оно охватывает только первый год новой политики у населения, которое привыкло полагаться в отношении направлений на своего поставщика первичной помощи.^{xxxiii} В тех местах, где американские пациенты сопротивлялись строгому соблюдению требований в отношении направлений, в планах медицинского обслуживания был принят компромисс – многие пациенты могут в настоящее время иметь доступ к специализированной помощи без направления, но им приходится платить больше сопутствующих платежей за обслуживание.

В некоторых крупных странах Европы, нет строгого требования в отношении направлений. В этих странах отсутствует поименный список пациентов, с прикреплением пациентов к одному врачу общей практики, который несет ответственность за первичную помощь и организует соответствующие направления. Данное отсутствие функции «стража» объясняется отчасти, большей частотой обращений к врачу наблюдаемой в этих странах, и возможно большим числом практикующих врачей.

Нет литературы, неопровержимо доказывающей, что более высокий процент Валового Внутреннего Продукта, выделяемый на здравоохранение во Франции и Германии, является результатом отсутствия функции «стража». Также отсутствует доказательство того, что явная эффективность Национальной Службы Здравоохранения Великобритании может объясняться только наличием роли ПМСП как «стража». Тем не менее, функция «стража» остается краеугольным камнем Национальной Службы Здравоохранения Великобритании.

D. Назначение и отпуск лекарственных средств

В исследованных странах, врачи первичной помощи, в общем, не ограничены в диапазоне лицензированных препаратов, которые они могут назначать. Могут понадобиться специальные лицензии для назначения наркотических препаратов. Однако, так как врач первичной помощи должен иметь

соответствующую квалификацию для лечения такого широкого круга заболеваний, он не ограничен в категориях препаратов, которые он может назначать. Из-за беспокойств о профессиональной ответственности, врачи первичной помощи редко используют полномочия назначать такие препараты как вещества для химиотерапии рака, которые соответствуют уровню признанной специализированной помощи.

Отдельным вопросом является фактический отпуск препаратов врачом. Из изученных стран, только в Японии и некоторых регионах Малайзии разрешается широко распространенный отпуск лекарственных средств врачом, назначающим эти средства. (В Великобритании и Канаде это разрешено в практиках первичной помощи расположенных в определенных изолированных сельских районах). Так как японские врачи зарабатывают определенный доход за отпуск каждого препарата пациенту, у них есть стимул увеличить число обращений пациентов посредством отпуска относительно малого количества препаратов. У них также может быть стимул назначать большее количество лекарственных средств.^{xxxiv} В общем, в большинстве исследований делается вывод, что отпуск лекарств должен быть отдельной функцией, выполняемой провизорами и аптеками, а врачи не должны отпускать лекарственные препараты. Рациональное использование лекарственных препаратов стимулируется, когда отпуск лекарств не влияет на доход врача.

Е. Роль не-врачебного персонала

В то время как в исследованных странах обычно используются обученные врачи в качестве поставщиков первичной помощи первого контакта, медицинские сестры осуществляют первый контакт с пациентами во многих изолированных сельских районах как, например, в Арктической зоне Канады. Из-за высокой заработной платы врачей, в США был увеличен объем практики для персонала с расширенными полномочиями – медсестер-врачей и ассистентов врачей. В настоящее время они проводят лечение во многих случаях основных заболеваний, используя протоколы, разработанные врачами. Данный персонал с расширенными полномочиями может делать назначение лекарств в определенных ограниченных условиях. С ростом больших групп врачей, увеличилось использование персонала с расширенными полномочиями.

Даже там, где медсестра-врач и ассистент врача не получили более прямой роли в диагностике и лечении распространенных состояний, они являются составляющей частью первичной помощи. В Великобритании, медсестры, работающие в медицинской практике, играют активную роль в профилактике и образовании населения, работая под руководством врача общей практики. Медсестры в Великобритании также расширяют возможность врача оказывать медицинскую помощь хроническим больным среди местного населения посредством надомных визитов, мониторинга слабых пациентов и предупреждения врача о признаках беспокойств.^x

Ф. Интеграция с другими службами и поставщики услуг по месту жительства

Не смотря на то, что медсестер принимают на работу в медицинские практики в качестве персонала с расширенными полномочиями и просветителей населения, они обычно не оказывают надомного медицинского обслуживания сверх рамок посещения врачей. Такое обслуживание, а также поддержка психически больных, обычно оказывается местными службами здравоохранения или социальными службами. Клиника муниципального правительства, которая также оказывает услуги первичной помощи (как в Финляндии) может действовать напрямую в целях, как координации первичной помощи, так и служб поддержки местного населения. В других местах есть тенденция к поддержанию большего сотрудничества между врачами первичной помощи и местными службами.^{xxxv} В Великобритании, новые Группы Первичной Помощи в конечном итоге должны принять на себя роль в покупке данных услуг, предоставляемых общиной. Как в США, так и Великобритании, медсестры, работающие в практиках

первичной помощи, могут выполнять поручения по «организации» того, чтобы пациенты получали соответствующее обслуживание, предоставляемое общиной.

VII. Как организована первичная помощь?

Организация практики первичной помощи зависит от исторических традиций страны и степени развитости частных рынков. Врачи первичной помощи могут хорошо функционировать в различных организационных обстоятельствах. В таблице 3 приводятся типичные примеры организации первичной помощи в исследуемых странах. Доминирующей тенденцией является то, что врачи первичной помощи сохраняют значительную организационную самостоятельность и ведут свое собственное дело.

Таблица 3: Типичные Формы Организации Первичной Помощи

Страна	Организация Практики
Великобритания	Большинство практик являются групповыми, а 10% индивидуальными
Канада	Индивидуальные практики, но часто совместно с партнерами (без общих пациентов)
Австралия	Индивидуальные практики
Финляндия	Муниципальные центры здоровья, в которых работают много врачей, а также некоторые частные врачи первичной помощи, получают контракт на оказание услуг, которые финансируются правительством
Япония	Индивидуальные практики
Малайзия	Раньше ВОП практиковали отдельно друг от друга. Наблюдается тенденция в формировании товариществ в поликлиниках
США	Индивидуальные практики, в большей степени в группах

См. приложения для получения информации

A. Самостоятельные частные или групповые практики

В исследованных англоязычных странах, а также в Японии, большинство врачей первичной помощи работают как самостоятельно, так и в малых группах и практика является самостоятельным бизнесом. В большей части Европы, врачи первого контакта также практикуют самостоятельно или в малых группах. Даже не смотря на то, что Британские врачи общей практики имеют только одного «клиента» Национальную Службу Здравоохранения, они руководят своими практиками как самостоятельным бизнесом в зависимости от контрактного дохода от этого клиента.

Во многих странах существует тенденция изменения формы врачебных практик с одним врачом, к малым группам. Это решает проблему «охвата», когда единственный врач находится вне службы, и сокращает расходы на вспомогательный персонал и на закупку и использование офисного оборудования. В США, такая тенденция консолидации распространяется на формирование более крупных много специализированных групп, где в одном месте может быть получена как первичная, так и специализированная помощь. Группы – малые или большие – также выполняют проверку в отношении возможного злоупотребления пациентом или небрежности врача, практикующего независимо.^{xxxvi}

B. Служащие государственных центров

Из стран, приведенных в приложениях, Финляндия является единственным примером, где работа в государственных центрах здоровья преобладает над формой занятости в частных учреждениях первичной помощи. Независимыми врачами в Финляндии является меньшинство врачей первичной помощи. В Швеции, также преобладают клиники первичной помощи, контролируемые местными органами управления.^{xxxvii}

В определенных обстоятельствах в США, особенно в бедных городских кварталах, охват первичной помощью в прошлом не был адекватным из-за того, что независимые врачи и врачебные группы там не

располагались. Муниципальное правительство и НПО (некоммерческие организации, руководимые общественными группами) создали клиники и наняли врачей для того, чтобы предложить в этих районах первичную медицинскую помощь.^{xxxviii} В нескольких крупных организациях управляемой медицинской помощи в США (План по Охране Здоровья Кайзера, Гарвардский Общественный План Здравоохранения), также работают врачи первичной помощи на основе окладов плюс премии по результатам работы.

VIII. Как оплачиваются поставщики первичной медицинской помощи?

В следующей таблице приводятся способы оплаты труда врачей первичной помощи в исследуемых странах.

Таблица 4: Системы оплаты труда врачей первичной помощи

Страна	Преобладающая система оплаты
Великобритания	Комбинация фиксированного оклада, подушевых платежей и оплаты за определенные услуги, поощрение за выполнение планов
Канада	Плата за услуги (экспериментальные проекты внедряют подушевое финансирование)
Австралия	Плата за услуги
Финляндия	Зарплата
Япония	Плата за услуги
Малайзия	Плата за услуги в частном секторе, зарплата ВОП в государственных центрах здравоохранения. В настоящее время существует некоторое количество частных практик, функционирующих при Организации по Охране Здоровья (ООЗ) и получающих оплату по подушевому принципу
США	Переход от платы за услуги к оплате по подушевому принципу для прикрепленных пациентов, некоторые с поощрением сокращения числа направлений

См. приложения для получения информации

A. Заработная плата

Заработная плата традиционно была методом оплаты труда врачей работающих в муниципальных клиниках в таких странах как Финляндия и Швеция, а также в государственных клиниках и клиниках неправительственных организаций в США.

B. Плата за услуги

Плата за услуги всегда была преобладающим способом оплаты за обслуживание в первичном звене здравоохранения в США, и все еще остается способом оплаты в Канадской системе всеобщего медицинского страхования. Работа врачей первичной помощи в Японии также оплачивается на основе платы за услуги, при низкой стоимости платы за посещение врача, частично объясняющей высокую частоту посещения врачей в Японии. Системы медицинского страхования в Германии и Франции также оплачивают работу врачей первого контакта по системе платы за услуги, хотя в Германии правительство опробовало несколько методов покрытия общей суммы таких платежей.

C. Подушевое финансирование

Подушевое финансирование с использованием поправочных коэффициентов в соответствии с риском образуют основу для оплаты труда ВОП в Великобритании. ВОП получает определенную сумму за каждого пациента, который был добровольно прикреплен к его практике. Сумма корректируется в

зависимости от возраста и пола пациента.^x Подушевое финансирование также было внедрено в США организациями по охране здоровья и рекомендуется большинством экономистов, в тех случаях, когда государство или страховая компания оплачивает услуги первичной помощи. Однако очень затруднительно заранее собрать ежегодную подушевую плату, если пациент не охвачен национальной программой здравоохранения или не имеет страхового полиса и оплачивает за услуги из своего кармана.

Во многих американских системах здравоохранения, подушевая оплата была расширена в целях включения услуг получаемых от других поставщиков медицинских услуг. Такие схемы гораздо более сложны и противоречивы, чем подушевая оплата, покрывающая только услуги врача первичной помощи. Эти формы организации приводятся ниже.

D. Смешанные системы

Наметилась заметная тенденция в направлении смешанных систем оплаты, сочетающие один и более элементов заработной платы, подушевого финансирования, и платы за услуги, а также стимулирования за достижение определенных целей в здравоохранении. Таким образом, ВОП в Великобритании дополнительно к подушевому финансированию оплачиваются за такие услуги как вызовы на дом и планирование семьи. В Финляндии оклады в муниципальных клиниках комбинировались с подушевой оплатой и поощрительными вознаграждениями в целях увеличения процента посещаемости прикрепленных пациентов. В Норвегии, врачи общей практики оплачиваются в виде сочетания подушевого финансирования и платы за услуги.^{xxxix}

E. Со-оплаты пациентов

Многие страховые схемы – частные и социальные – требуют некоторой формы со-оплаты во время обращения в первичное звено. Профилактические посещения (такие как иммунизация детей) могут освободиться от данной платы. Там, где дополнительный платеж велик, как например во Франции, пациент может получать дополнительный страховой полис для покрытия этих затрат. В Великобритании, посещение ВОП бесплатно, но большинство пациентов должны оплачивать отпуск назначаемых лекарственных средств.

В литературе по со-оплате говорится, что она имеет влияние на использование услуг, которое отличается в зависимости от категории пациента, использования выручки и экономической обстановки. В одном из наиболее крупных экспериментов (Корпорация RAND) плата за посещение снизила общее количество посещений по страховым планам, где премии были во всем остальном сопоставимы.^{xi} В развивающихся странах, где преобладают расчеты наличными деньгами, исследования показывают, что количество посещений первоначально падает, когда вводится оплата за посещение, затем медленно восстанавливается до предыдущих уровней. В странах с преобладанием безналичных расчетов сокращение посещений может быть более постоянным. Эффект со-оплаты минимален, когда собираемые платежи остаются на местах и используются для улучшения качества услуг.^{xli²xlii²xliii²xliv²xlv} Это особенно соответствует действительности, если платежи используются для закупки лекарств, которых иначе бы не хватало. В такой ситуации, использование услуг может немного, если вообще, сократиться.

В тех пределах, когда низкие уровни финансирования в Центрально-азиатских республиках принуждают врачей первого контакта получать неформальные вознаграждения от своих пациентов, исследования в иных условиях могут быть не применимы напрямую. В результате, со-оплата уже имеет место. Если данное неофициальное вознаграждение будет заменено официальной со-оплатой, то расходы для пользователей не увеличатся, и уровень использования услуг может не упасть. Если помимо со-оплаты производится неформальная плата, в этом случае данная совокупная со-оплата возрастает, и вероятно будет наблюдаться уменьшение использования услуг. Однако, если платежи используются на повышение качества оказания услуг, в частности на повышение доступности основных лекарств по низким ценам, использование услуг может даже увеличиться.

F. Соотношение уровней оплаты врачей первичной и специализированной помощи

В приложениях показана имеющаяся информация по соотношению средней оплаты труда врачей первичной помощи и специалистов. Это указано ниже в таблице 5.

Таблица 5: Соотношение уровней оплаты врачей первичной и специализированной помощи

Страна	Соотношение оплаты врачей первичной и специализированной помощи
Великобритания	Хорошее (Приблизительно 1:1)
Канада	Приемлемое (2:3)
Австралия	Приемлемое (1:2)
Финляндия	Хорошее (приблизительно 1:1). Зарплата зависит от должности, стажа работы, ступени образования, и уровня ответственности
Япония	Очень хорошее (приблизительно 2:1)
Малайзия	Хорошее
США	Приемлемое (0.5-0.7 в зависимости от категории врача первичной помощи и специалиста) Однако, управляемое здравоохранение сокращает различие между доходом специалиста и поставщика услуг первичной помощи

См. приложения для получения информации

В Великобритании квалифицированный врач общей практики может зарабатывать столько же, сколько и консультант специалист. В США, специалисты, особенно те, кто получают плату за каждую процедуру, обычно зарабатывали гораздо больше семейных врачей или терапевтов / педиатров, оказывающих услуги первичной помощи. Эта разница в настоящее время сокращается.^{xlvi} Правительственной программой Medicare (страхование здоровья престарелых) для пенсионеров были пересмотрены способы оплаты в целях уменьшения взноса по планам, где преобладает оказание процедур. С возросшим вниманием к первичной помощи и вопросу о выполнении врачом первичной помощи роли «стража» в американской системе здравоохранения, вновь подготовленные врачи первичной помощи, наблюдают увеличение в относительном спросе на их услуги, в то время как новым специалистам все труднее найти работу.^{xlvii} Обучающиеся врачи не защищены от рыночных сил, и система, ограничивающая вознаграждение для специалистов первичной помощи может оказаться в ситуации, когда лучшие выпускники будут стараться специализироваться. Очень низкое вознаграждение специалистов первичной помощи может относиться ко времени, когда работа в первичном звене не требовала специализированной подготовки после окончания медицинских ВУЗов, и это было основным уровнем начала работы по специальности. Система здравоохранения должна признать дополнительное образование врача первичной помощи с соответствующей компенсацией примерно равной оплате труда специализированных врачей потративших столько же времени на подготовку по своей специальности, если ожидается, чтобы врачи первичной помощи получали образование по данной специальности.

IX. Как организовано правительство для работы с первичной помощью?

При всей ее важности, первичная помощь не является заметной частью схемы организации системы в большинстве национальных министерств здравоохранения. Обычно, министерства имеют вертикальные программы по определенным заболеваниям, таким как туберкулез. Были отделы охраны здоровья матери и ребенка. Может существовать национальная программа иммунизации. По таким важным вопросам для первичной помощи, как снабжение фармацевтическими средствами, существуют отдельные организации. Но большая часть организации и контроля систем первичной помощи децентрализовано, что имеет как позитивные, так и негативные последствия. Там, где страхование является основным

источником финансирования, оплата врачей первичной помощи является частью общего процесса оценки и оплаты труда врачей.

А. Местные/региональные аспекты

Поучительно рассмотреть системы и приведенные в приложении литературные ссылки. Большинство практических решений, влияющих на поставщиков первичной медицинской помощи принимаются на региональном уровне.

Например, в Великобритании контракт с врачом первичной помощи подписывают окружные органы здравоохранения. Однако финансирование распределяется в эти организации НСЗ в соответствии с национальной формулой, основанной на категории населения и его нуждах. НСЗ также обуславливает основные условия стандартного контракта ВОП, включая подушевое финансирование с применением поправочных коэффициентов и ставок поощрительных платежей. Национальное правительство также сохраняет некоторый контроль над размещением новых практик первичной помощи в целях достижения равномерного распределения услуг первичной помощи. Вновь организованные группы первичной медицинской помощи формируются для населения численностью около 100 000 человек, и будут (это планируется) включать всех ВОП в принятие решений по приобретению услуг стационарной помощи и общественности, предоставляемых данному населению.ⁱⁱⁱ

В Финляндии ответственность за первичное звено делегирована муниципалитетам, которые могут предоставлять такие услуги напрямую, участвовать в оказании услуг совместно с другими муниципалитетами, или выбрать приобретение некоторых услуг у частных поставщиков. Однако, национальное правительство выдвигает к муниципалитетам определенные требования (по закону от 1972 года) оказывать услуги первичной медицинской помощи, включая пропаганду здорового образа жизни, предупреждение болезней, проведение обследований, и планирование семьи.

Центральным звеном канадской системы здравоохранения является местные органы власти в провинциях, которые могут охватывать население в зависимости от численности от 100 000 до нескольких миллионов. Провинциальное правительство финансирует и управляет системой медицинского страхования, и использует свою покупательную способность для руководства системой. Национальное законодательство требует всеобщей пригодности и доступности, обуславливая принципы общественного управления (частное медицинское страхование не распространяется на услуги включенные в пакеты гарантированных услуг), доступности, полноты, всеобщности (равное обеспечение для всех граждан Канады) и права перевода (полный охват в любом районе Канады, куда гражданин может поехать или переехать). Некоторые централизованно собираемые налоговые поступления распределяются в провинции в целях частичного финансирования системы здравоохранения. Недавно, национальное правительство согласилось финансировать определенные издержки, когда провинции определяют первичную помощь как приоритетную. Но, национальное законодательство четко определяет, что бремя управления системой здравоохранения лежит на провинциях.

Большинство провинций Канады создали районы здравоохранения, для планирования и руководства стационарным медицинским обслуживанием, при этом врачи оплачиваются напрямую провинциальным планом страхования. В отдаленных районах, куда врачи не едут добровольно, правительство берет на себя ответственность за предоставление услуг первичной помощи посредством оплачиваемого за счет правительства, персонала.

В Швейцарии есть мнение, что положительные результаты в здравоохранении могут быть достигнуты при незначительном центральном управлении. Федеральное правительство покрывает только 15% затрат на здравоохранение. Отсутствует Федеральное министерство здравоохранения; обеспечение здравоохранения и финансирования является обязанностью кантонов (федеральных округов). Это приводит к большому неравенству в финансировании здравоохранения и неэффективности, когда

отдельные кантоны (некоторые из которых очень малы) без необходимости дублируют оказание услуг. Эта чрезмерно децентрализованная структура, движимая традиционной жесткой независимостью кантонов, может объяснить, отчасти, почему, система здравоохранения Швейцарии является одной из самых дорогих в мире.^{xlviii}

В. Национальные аспекты

Возможно, одним из наиболее важных шагов, который может предпринять страна в целях поддержания первичного звена является выравнивание финансирования в различных регионах с большой разницей в финансовом потенциале. НСЗ в Великобритании делает это очень эффективно, как и американская система Medicare. В Швейцарии это происходит неудачно, в Канаде немного лучше.

Не оплата не является причиной этого. Провинциальный или региональный плательщик мог решить использовать слишком много на стационарную помощь. Таким образом, национальная политика может играть важную роль в поддержании первичного звена. Это может принять форму определения положений и условий контрактов с первичным звеном (как это делает НСЗ в Великобритании), или ограничение возможностей в секторе стационарной помощи, чтобы таким образом больше средств было доступно первичному звену.

Есть другие варианты действий, которые может предпринять национальное правительство для воздействия на первичную помощь. Одним из наиболее важных шагов является переориентация системы медицинского образования на первичное звено. В большинстве стран, даже в США, национальное правительство играет роль в предоставлении или финансировании медицинского образования. Увеличение количества мест в образовательной системе для подготовки специалистов по первичной помощи, и сокращение для мест для подготовки по специализированной, является мощным инструментом для воздействия на систему первичной помощи.^{xlix}

Программы, обеспечивающие наличие основных лекарств и вакцин усилят первичное звено. Однако есть немного свидетельств того, что наличие «Департамента первичной помощи» в национальном министерстве сильно влияет на успех первичной помощи.

Децентрализация управления (за исключением ответственности) кажется преобладающей тенденцией в управлении здравоохранением по всему миру. Наиболее важным уровнем управления первичной помощи будет провинциальное или региональное правительство, имеющее финансовые полномочия заключать контракты.

Если мы рассмотрим структуры, на которых основаны данные системы здравоохранения, мы увидим, что самые сильные системы имеют историю превосходства первичной помощи. Давняя традиция хорошей подготовки врачей общей практики в Великобритании является наилучшим тому примером. С другой стороны, США имеет историю специализированной помощи 20 века, которую, как оказалось, не легко изменить. Одним из наиболее важных шагов, который может предпринять правительство для поддержки первичной помощи, является предупреждение «ползучей специализации», процесс, посредством которого, капитальные инвестиции, сметы текущих затрат и кадры постепенно переходят в специализированную помощь. Таким образом, уменьшается объем средств доступных для первичной помощи, и, придавая меньшее значение этому наиболее важному сегменту системы здравоохранения.

Х. Первичная помощь в городе и сельских районах

А. Сельские районы

Все страны, даже имеющие большое количество врачей, полагаются на не врачебный персонал в качестве первого контакта в очень отдаленных районах. В Советском Союзе были созданы фельдшерские пункты для удовлетворения нужд в медицинской помощи в изолированных местах

проживания. Врачи не едут в такие районы из-за недостатка образовательных и других возможностей. В практике, работающей на основе платы за услуги, доход может быть неадекватен из-за малочисленности населения. Для врачей получающих зарплату из государственного бюджета, зарплата может быть ниже для сельских районов. Развивающиеся страны используют различных специалистов, замещающих врачей для обеспечения помощи первого контакта в сельских районах. В развитых странах роль поставщика первичной медицинской помощи в отдаленном сельском районе обычно выполняется медсестрой. Эта медсестра связана с системой, которая обеспечивает наблюдение, медицинское консультирование, стационарную помощь и замену в дни праздников. Часто, эта сельская медицинская служба обеспечивает приезд врачей, которые принимают пациентов в отдаленных местах регулярно.

О трех интересных направлениях в сельской первичной помощи говорится ниже.

- Персонал, имеющий некоторые полномочия врача – В подтверждение достоинств непрерывности в первичной помощи, поставки медицинских услуг в отдаленных регионах Канады приводят доводы за систему, в которой каждый врач берет на себя ответственность за руководство определенными медработниками, имеющими некоторые полномочия врача, и за периодические визиты в их учреждения. Таким образом, руководящий врач может лучше понимать местное население, информацию, получаемую от проживающей там медсестры, и пациентов обследованных во время посещения данной местности. Эта форма работы предпочтительнее, чем обычная ситуация, когда различные врачи консультируют медсестру по радио и периодически посещают местность. Это является формой расширения основ принципа непрерывности первичной помощи.ⁱ
- Телемедицина – За последние десятилетия шло быстрое развитие возможности быстрой передачи диагностических данных и изображений. Военные в США используют такие системы телемедицины для консультирования со специалистами при лечении пациентов на отдаленных базах. Этот подход был также распространен на изолированные островные государства в Тихом Океане. В Канаде такая система телемедицины была использована для связи сельских медсестер с врачами находящимися на расстоянии от них. В одной статье говорится, что данная система сделала возможным лечение большего числа пациентов в общинах, также экономя на перевозке пациента, стационарном медицинском обслуживании, и затратах на содержании семьи.ⁱⁱ
- Обучение сельской практике в сельских районах – Медицинские учебные заведения обычно расположены в больших городах. Обучение в подобных заведениях не готовит студентов к профессиональным требованиям или трудностям работы в отдаленных пунктах первичной помощи. Это может быть одной из причин, из-за которой имеются затруднения в процессе наборе новых врачей для малонаселенных районов, например, в австралийских равнинах. В Австралии были созданы специальные отделы сельского здравоохранения для обучения студентов в отдаленных областях и противостояния центростремительным силам традиционного медицинского образования.ⁱⁱⁱ

В. Город: Более широкое представление о группе первичной помощи

Труднее определить «тенденции» в оказании первичной помощи в городских районах. Большинство перемен происходят благодаря изменениям в финансировании и формах организации, таким как разделение функций покупателя и поставщика, или движение в сторону вовлечения врачей первичной помощи в приобретение стационарных медицинских услуг. Одна из тенденций, встречающейся в литературе, показывает увеличившийся интерес к принципу групповой работы первичной помощи, особенно для очень неблагополучных слоев городского населения. Это основано на понимании, которое является частью философии первичной помощи, состоит в том, что медицинские проблемы требуют более комплексных решений, чем медицинское лечение. Обеспечение жильем, питанием, работой, социальной поддержкой – все это важные факторы для улучшения состояния здоровья людей. Врачей не обучают координации всех этих служб, да и они обычно не хотят это делать. Таким образом, существует

увеличивающееся значение групповой работы, где медсестры и социальные работники расширяют возможности поставщиков первичной медицинской помощи в целях решения проблем, которые лежат вне системы здравоохранения.

XI. Новое в первичной помощи

Первичная помощь не стояла на месте со времени подписания Алматинской Декларации. Различные страны, имеющие различные стратегии в области первичной помощи экспериментировали в разных направлениях в целях повышения эффективности, доступности и результативности первичной помощи. Здесь мы приводим информацию о наиболее интересных нововведениях, особенно тех, которые были опробованы в более чем одной стране.

A. Основные лекарства и рациональное назначение лекарственных препаратов

Даже самый плохой обзор развития первичной помощи не может упустить настойчивые усилия, предпринимаемые для повышения доступности основных лекарств и эффективности их фармацевтического использования.

Первичная помощь для всех, как предусматривалось в Алматы, бессмысленна, если у пациентов есть доступ к врачу первичной помощи, но нет доступа к назначаемым им лекарствам. Таким образом, для того, чтобы сделать первичную помощь более эффективной, национальные правительства и международные донорские организации работают в развивающихся странах в целях:

- Снижения цен посредством проведения конкурсного тендера и улучшения нормативной базы.
- Улучшения систем распределения лекарств
- Регулирования и тестирования лекарств поступивших в продажу в целях обеспечения качества продаваемых препаратов
- Создания возобновляемых фондов лекарственных препаратов и других механизмов для мобилизации финансовых средств на закупку лекарств
- Обучения врачей рациональному назначению лекарств, и снижению стремления к чрезмерному использованию антибиотиков, и назначения неэффективных препаратов.

В то время как развитые страны могут больше себе позволить назначение лекарственных средства, в течение последнего десятилетия в них наблюдается более быстрый рост общей стоимости лекарств, чем других элементов системы здравоохранения. В результате, в этих странах были приняты разные стратегии для сохранения стоимости необходимых лекарств в рамках бюджетов служб здравоохранения или сумм, которые могут себе позволить пациенты. Данные усилия включают в себя:

- Оказание давление в целях назначения и отпуска непатентованных эквивалентов фирменных лекарств (особенно в США)
- Ограниченные национальные формуляры (в особенности в Австралии)
- Контроль цен и системы базового ценообразования
- Мониторинг назначения лекарственных средств.

В Великобритании, например, база данных НСЗ по оплате за назначенные препараты используется для создания информации по назначениям лекарств для каждого врача первичной помощи.^{liii} Отдельный врач, таким образом, может сравнить свою структуру назначения лекарств с нормами для других врачей в данном районе. Таким образом, НСЗ надеется использовать давление со стороны коллег в целях сокращения затрат на назначаемые препараты и сдержать общие затраты на первичную помощь.

В. Фондодержание; контроль первичным звеном финансирования специализированного лечения

Одним из наиболее радикальных нововведений в первичной помощи является придание врачу первичной помощи роли в приобретении специализированных услуг. Два наиболее известных эксперимента подобного рода были проведены в Великобритании и в Соединенных Штатах.

1. Подъем и падение роли ВОП в качестве фондодержателя в НСЗ

В начале девяностых, наиболее спорной реформой в НСЗ Великобритании было создание общих практик с полномочиями фондодержания. Врач первичной помощи или группа становилась фактически покупателем специализированных услуг для прикрепленных пациентов. Правительство Консерваторов разработало программу, в качестве основы для его плана по «внутреннему рынку», чтобы сделать НСЗ более эффективным. Фондодержателям выделялся бюджет, за счет которого они должны закупать услуги стационарной помощи, необходимые их пациентам. Как покупатель, фондодержатель мог выбирать больницу или специалиста, который предлагал более низкие цены и/или более качественные услуги. Если фондодержатель тратил меньше подушевого бюджета, часть сбережений могла возвращаться в его практику.^x

Многие ВОП Великобритании не были готовы к подобному предпринимательскому эксперименту, но часть воспользовалась этой возможностью. К 1998 году, в Великобритании существовало 3500 фондодержателей практик, где работали 15000 врачей общей практики.^x Оценка влияния фондодержания только начиналась. Результаты были неясны и предлагали некоторое сокращение в листах ожидания и понимание того, что специалисты были более отзывчивы к запросам врачей общей практики.^{liv} Данные оценки фондодержания предлагали мало веских доказательств систематической экономии средств.

Время для ВОП как фондодержателей уже прошло. Правительство Лейбористов избранное в 1997 году пообещало устранить потенциальные неравенства, вызванные положением, когда некоторые ВОП были фондодержателями, а некоторые нет. Эксперимент с фондодержанием на уровне отдельных практик был завершен.

Однако, от попытки создания внутреннего рынка и придания большей «покупательной способности» поставщикам первичной медицинской помощи полностью не отказались. Правительство Лейбористов создало новые учреждения, Группы Первичной Помощи (ГПП), у которых были бы полномочия для заказа специализированной или стационарной помощи для всего населения обслуживаемой территории. Все ВОП на данной территории принадлежат к ГПП. Но, это не меняет основы индивидуальной или групповой практики первичной помощи. ГПП должны коллективно решать вопросы о приобретении услуг специализированной или стационарной помощи, и в конечном итоге, уходе на дому среди местного населения.^{liii} Великобритания не была одинока в своей инициативе, дать поставщикам первичной помощи возможность принимать решения по приобретению стационарного лечения. Новая Зеландия также создала организации первичной помощи «держатели бюджет».^{liv}

2. Управляемая помощь, подушевая система, и Американская система здравоохранения

Великобритания не была единственной системой, которая проводила эксперименты с финансовым стимулированием врачей первичной помощи в целях оказания влияния на использование

специализированного лечения. В США, организации управляемой помощи начали предлагать врачам первичной помощи бюджеты основанные на принципе подушевого финансирования. Затраты на стационарную и специализированную помощь вычитались из подушевой оплаты, и поставщик первичной помощи «рисковал» за определенную часть затрат – то есть, оплата врача первичной помощи увеличивается если общие затраты на стационарное лечение уменьшаются. Это сделало врачей первичной помощи чувствительными к принятию решений о стационарном лечении, но также подняло вопросы о конфликте интересов, когда врач первичной помощи мог «выгадать» от принятия решения не направлять пациента на стационарное лечение.^{lvi}

Предлагались правовые ограничения таких стимулов, и ни в одной из исследованных стран врачу первичной помощи не давался такой прямой стимул уменьшать количество направлений в специализированную помощь. Однако, подобная модель была частью эксперимента в области финансирования здравоохранения в Советском Союзе в конце восьмидесятых годов, которая опять проявилась в недавних экспериментах в Калужской и Тульской областях.^{lvii}

С. Независимые коллективные организации по контролю качества, непрерывное медицинское образование, и др.

В то время как индивидуальные практики и практики малых групп предлагают доступные и «ориентированные на пациента» услуги, они сталкиваются с некоторыми препятствиями. Врачу, работающему в одиночку труднее находить время для продолжения медицинского образования или даже отпуска. Поиск замены – другого квалифицированного врача для приема пациентов в отсутствие ВОП, может оказаться затруднительным. Индивидуальные и групповые практики встречают трудности в разработке и применении протоколов, отражающих новую медицинскую информацию, или в принятии новых механизмов контроля и пересмотра качества. По этим причинам, в нескольких странах поддерживалось добровольное сотрудничество врачей первичной помощи на местном уровне. Такие кооперативные союзы часто не были подмандатны государству, а формировались на добровольных началах. Пациенты выигрывали, если такие новые организации положительно влияли на повышение качества лечения в участвующих практиках.

Д. Телефонные «горячие» линии

Хотя и являясь номинально продолжением первичной медицинской помощи, «горячие» телефонные линии могли повлиять на традиционное терапевтическое понимание между врачом первичной помощи и пациентом. В целях улучшения доступа и избежания обращения в экстренную помощь без необходимости, системы здравоохранения, включая организации по охране здоровья в США и Национальную Службу Здравоохранения Великобритании, организовали горячие линии для пациентов; открыли выделенные телефонные линии для прикрепленных пациентов, часто круглосуточные. Укомплектованные подготовленными медсестрами, эти горячие линии отвечают на вопросы пациентов, особенно в часы, когда с врачом не легко связаться. Медсестры делают попытку определить состояния пациентов и необходимость немедленного обращения к врачу. Медсестра может посоветовать немедленный приезд в кабинет неотложной помощи, рекомендовать посещение врача первичной помощи в рабочие часы, или предложить самостоятельное лечение неострых проблем, которые можно разрешить без обращения к врачу.^{lviii} Данный подход может улучшить у пациента чувство доступности, и дает возможность обучения пациента некоторым аспектам его здоровья. Для многих состояний, это экономит более дорогое посещение в хирургический кабинет или обращение в неотложную помощь. Но этим начинается дробление непрерывности помощи, лежащее в основе философии первичной помощи.

Е. Регистрация

Такие системы, как НСЗ Великобритании и управляемые планы медицинского обслуживания в США требуют, чтобы пациент выбирал одного врача первого контакта. Подушевая оплата, и правила о выполнении первичной помощью роли «стража» еще больше усиливают это требование. Такая регистрация пациентов (запись каждого пациента к единственному поставщику первичной помощи) становится все более общепринятой, даже если вознаграждение врача или направление к специалистам этого не требует. Даже врачи, имеющие оклад в государственных клиниках могут составлять списки «своих» пациентов для укрепления непрерывности медицинского обслуживания. Эти инициативы по регистрации мотивированы исследованием, которое показывает более высокие результаты и удовлетворенность пациента, когда один врач обеспечивает непрерывность медицинского обслуживания.

В Финляндии регистрация стимулировалась для дальнейшего поддержания идеи «личного врача». В своем большинстве первичное медицинское обслуживание в прошлом оказывалось в муниципальных клиниках, где работали врачи, получавшие жалование. Однако эти врачи работали по принципу ротации, часто в вертикальных программах, и у них не было определенного списка пациентов. В эксперименте, проведенном в 80 годах, пациенты приписывались определенному семейному врачу, который также работал с регулярно назначаемой вспомогательной группой медсестер и техников. Как часть эксперимента, вознаграждение некоторых «семейных врачей» сместилось от прямого жалования в сторону, жалования, подушевого финансирования, и оценки и оплаты по результатам деятельности основанной на проценте посещений от числа зарегистрированных пациентов в определенный период времени. Эта программа «личный врач» не требовала от пациентов постоянного посещения определенного врача. Фактически, многие шли к другим врачам первичной медицинской помощи. Однако пациенты говорили о большем удовлетворении с применением новой модели. Оценка эксперимента показала, что комбинация регистрации и нового пакета оплаты дала более высокие результаты без увеличения общей стоимости медицинского обслуживания.^{lix} Со времени первого эксперимента, смешанная система оплат и регистрация были широко распространены в финской системе здравоохранения, хотя центральные власти не требовали таких нововведений.

Ф. Социологические опросы для определения удовлетворенности пациентов

Ориентация на пациента в первичной медицинской помощи придает больше важности тому, что думают пациенты об их здравоохранении. Например, Блендон и его коллеги в Гарварде провели социологические опросы граждан в нескольких развитых странах для сравнения отношения к системе здравоохранения. Национальные системы здравоохранения и организации по охране здоровья в США сами заказывали социологические опросы для оценки удовлетворенности пациентов.

В этих социологических опросах, пациенты обычно выражают большую удовлетворенность своим собственным учреждением здравоохранения, чем всей системой здравоохранения в целом. В общем, большая степень специализации (и технологической мысли) не дают большего уровня удовлетворенности пациентов. Не смотря на жесткий контроль направлений, выполняемый врачами общей практики, и больших очередей выборной хирургии, Национальная Служба Здравоохранения Великобритании осталась более популярной, чем американская «бессистемная».^{lx}

Г. Измерение качества

Серьезной темой во всех системах здравоохранения является необходимость измерения качества и его улучшения. В отношении специализированной помощи, делались попытки сравнить результаты процедур в специализированной помощи с использованием «коэффициентов риска». Статистические приемы используются для коррекции наблюдаемых результатов для различных факторов риска – таких

параметров пациентов как возраст, доход, раса, или ранее перенесенные заболевания, - которые влияют на течение болезни и заболеваемость. Касательно первичной помощи, было разработано несколько видов измерения показателей.

1. Госпитализация, которую можно избежать

Во многих исследованиях использовалась концепция «устранимой госпитализации», для измерения качества системы здравоохранения. Некоторые состояния, как аппендицит, нельзя предотвратить, даже при наличии квалифицированной первичной помощи. Но множество госпитализаций в случаях респираторных инфекций, астмы, или осложнений гипертонии и диабета могут быть предотвращены посредством быстрой и эффективной первичной помощи. Калифорнийское исследование, выполненное Байндманом и другими, показало, что самостоятельная оценка легкости доступа к медицинской помощи объясняло 50%-е отклонение в устранимых госпитализациях.^{xxi} В Канаде, изучение данных по устранимой госпитализации привело к решению производить больший охват прививками против гриппа на уровне первичной помощи. Это сокращало нагрузку заболеваемости гриппом на кабинеты неотложной помощи и больниц в то время, когда в Канаде было значительно сокращено число больничных коек.^{lxi}

2. Отчетные карты

В Соединенных Штатах, планы медицинского обслуживания начали сравниваться, используя набор критериев, большинство которых основано на удовлетворении услугами первичной помощи или восприятием пациентов. Измерение, включенной в эти отчетные карты, включает уровни обследований на предмет рака молочной железы и шейки матки, а также охват детей иммунизацией. Система, которая обеспечивает квалифицированную первичную медицинскую помощь, набирает хорошие баллы, в то время как разница в обеспечении специализированной медицинской помощью не имеет большого значения.

Н. Внимание к психическому здоровью

В течение последнего десятилетия, несколько факторов увеличили внимание к проблемам психического здоровья в первичной помощи. Новые психотропные лекарства для распространенных состояний, особенно депрессии, имеют меньше побочных эффектов и могут безопасно назначаться врачами первичной помощи. Определение значения бремени заболеваемости методом Мюррея и Лопеса, подчеркивает количество инвалидностей, вызванных психическими заболеваниями, в частности депрессией. В развивающихся странах, делаются попытки внедрения подготовки по психическим заболеваниям на уровне первичного звена. Такие навыки позволят группе первичной помощи снимать депрессию, предотвращать самоубийства, лечить эпилептиков в местах проживания. В развитых странах психиатры поддерживают проведение обучения по психическим заболеваниям для врачей первичной помощи, чтобы были подготовлены ставить диагноз и лечить депрессию и подобные распространенные состояния, и определяли когда пациенту необходимо направление на уровень специализированной психиатрической помощи.

I. Контракты и определение оплаты и условий: Местные и федеральные подходы

Децентрализация была популярной тенденцией в управлении в системах здравоохранения, как в развитых, так и в развивающихся странах. Однако масштаб принятия финансовых и административных решений, который делегирован этим органам, очень различается. В Великобритании, местные органы здравоохранения наделены полномочиями заключать контракты, и приобретать услуги первичной помощи за счет бюджетов сформированных на основе подушевого финансирования и использования поправочных коэффициентов риска, которые они получают от НСЗ. Однако, формула оплаты врачей первичной помощи определяется на национальном уровне. Канада отдает принятие большинства

финансовых решений правительствам провинций, в то время как в Финляндии такими полномочиями пользуются муниципальные правительства. В США, правительство или страхователь, оплачивающий счет за медицинские услуги, принимает ключевые финансовые решения. Федеральное правительство, определяет оплату поставщика медицинских услуг в программе Medicare (страхование здоровья престарелых – правительственная программа в США), в то время как правительства штатов, которые реализуют программу Medicaid (государственная программа бесплатной или льготной медицинской помощи для бедных), определяют ставки оплаты первичной (и специализированной) помощи в рамках их юрисдикции. В общем, большинство систем здравоохранения не склонны делегировать значительные финансовые полномочия органам власти более низкого уровня, если эти органы власти не берут на себя значительную долю ответственности за финансирование программы здравоохранения.

Ж. Доказательная медицина и руководства по медицинской практике

В медицинской профессии, увеличивается давление в сторону увеличения диагностики и лечения на основе доказательств. В то время как подкрепленные новыми протоколами исследования приходят из академических медицинских центров, их большинство сосредоточено на распространенных состояниях и лечении на уровне первичной помощи. Врачей убеждают принимать протоколы, которые подкреплены доказательствами клинических испытаний. Во многих странах, компьютеры и Интернет предлагают новый путь распространения этих исследований врачам первичной помощи, живущим в разных местах. Протоколы, основанные на доказательной медицине, также могут разрабатываться и распространяться медицинскими сообществами, или посредством программ непрерывного образования, требуемого в качестве одного из условий медицинского лицензирования.^{lxii}

ХII. Заключение

Наш анализ показывает, что не существует единой модели первичной помощи, которой необходимо следовать. Хорошие результаты достигаются в системах, имеющих различные источники финансирования, различные типы организации и различные схемы оплаты труда врачей. Однако обзор этих систем и исследования, приведенные в данном отчете, предлагают несколько важных выводов, которые применимы в ряде стран:

1. Первичная медицинская помощь действует. Это показывают сравнения между странами и эмпирические исследования. Когда дело поставлено правильно, первичная помощь улучшает состояние здоровья и сокращает издержки по сравнению с теми моделями, которые больше полагаются на вмешательство специалистов.
2. Первичная медицинская помощь не достигнет цели, если врачами первичной помощи являются медики, получающие наименьшую подготовку. Качественная первичная помощь может быть оказана теми врачами, которые имеют специальную последипломную подготовку. Как следствие данного требования – врачи первичной помощи должны оплачиваться на уровне, который не слишком сильно отличается от уровня оплаты труда более узких специалистов.
3. Как только врачи первичной помощи будут получать соответствующую подготовку, сфера их практики может быть очень широка, и они смогут эффективно лечить огромное количество встречающихся состояний. Они могут использовать широкий круг лабораторных и базовых диагностических тестов. Нет необходимости разделять лечение инфекционных заболеваний или большинство хронических состояний, таких как диабет, астма, или гипертония.
4. Непрерывные взаимоотношения между врачом первичной помощи и отдельным пациентом является наиболее важным в достижении целей первичной медико-санитарной помощи. «Зарегистрированные» пациенты, которые возвращаются к единственному врачу для получения

первичной помощи, наиболее вероятно будут получать профилактические услуги и следовать инструкциям врача. Непрерывная связь с врачом первичной помощи снижает себестоимость услуг.

5. Пациенты могут быть удовлетворены даже той системой, которая использует врачей первичной помощи в качестве «стражей», контролируя доступ к специализированной помощи.
6. Первичную помощь необходимо поддерживать посредством программ по обеспечению наличия и доступности основных лекарственных препаратов. Однако отпуск лекарственных средств врачами, которые их назначают, внесет несоответствие в их практику.
7. Двумя наиболее важными шагами, которые может сделать национальное правительство для поддержания первичной помощи, является приведение в «соответствие» систем финансирования и образования. Системы финансирования должны выделять достаточно средств в первичную помощь, даже за счет вторичной или третичной помощи. А также, системы должны обеспечить обоснованное равенство в финансировании первичной помощи между регионами, имеющими большую несоразмерность в среднем доходе. Приведение образования в «соответствие» означает сопротивление тенденции в медицинском образовании расширять учреждения специализированного обучения и обучение третичного звена. Медицинские учебные заведения должны признать первичную помощь и готовить специалистов по этой специальности, с некоторым клиническим обучением, предлагаемым в учреждениях первичной помощи для всех врачей.
- 8.
9. Дополнительные уроки могут быть извлечены посредством подробного изучения каждой исследованной страны, и отдельных нововведений в системах первичной помощи этих стран. Выше изложенные семь уроков должны содержать в себе суть любых усилий в первичной помощи, где бы они не предпринимались.

Как к этому прийти? Путь к более качественной первичной помощи

Следующий текст является адаптацией 21 рекомендации утвержденной в 1994 году Всемирной Организацией Семейных Врачей WONCA. Мы изложили его более кратко и исключили некоторые языковые обороты свойственные документам международных организаций. Семейные врачи считают, что следующие шаги необходимы для поддержания сильной системы первичной помощи, укомплектованной кадрами семейных врачей.

1. *Принять тот факт, что система здравоохранения должна измениться.*

В существующих системах не происходит адекватного реформирования, и в связи с этим все стороны должны сотрудничать между собой в целях поддержания эффективности перемен.

2. *Связать политику финансирования с определенными нуждами.*

В общем, первичная помощь должна получать больший процент от бюджета здравоохранения.

3. *Вознаградить эффективную работу общественного здравоохранения и первичной помощи.*

Адекватно финансируйте инфраструктуру и персонал первичной помощи, а также вознаграждайте тех, кто отвечает целям общественного здравоохранения и первичной помощи.

4. *Осуществить кадровую реформу.*

В итоге, большинство врачей должны стать семейными врачами.

5. *Определить роль и повысить статус семейных врачей.*

Все (руководители, работники образования, медицинские работники, национальные и региональные правительства) должны понимать ответственность семейного врача.

6. *Более уместно использовать услуги специалистов.*

Иначе говоря, используйте специалистов менее часто.

7. *Пробовать новые модели интегрированного оказания медицинской помощи.*

Экспериментируйте с системами в целях интеграции индивидуального лечения и общественного здравоохранения.

8. *Медицинская практика должна быть нацелена на нужды людей.*

Используйте данные и анализ местного уровня для определения наиболее важных потребностей, а затем решайте их.

9. *Использовать хорошо подготовленных семейных врачей; они оказывают услуги более качественно и более затратно-эффективно.*

10. *Поощрять всех пациентов в определении своих семейных врачей.*

Каждый должен знать имя его/ее поставщика медицинских услуг, каждый врач должен знать своих пациентов по имени.

11. *Создавать профессиональные общества / колледжи семейных врачей во всех странах.*

Обеспечьте профессиональное признание данной специальности и защиту ее интересов.

12. *Семейные врачи должны демонстрировать постоянное повышение своей компетенции.*

Сделать непрерывное медицинское образование требованием; поощрять периодическое повышение квалификации.

13. *Системы оплаты не должны нарушать приоритеты в здравоохранении.*

Положить конец приверженности к процедурным специальностям.

14. *Привести медицинское образование в соответствие с нуждами людей.*

Создать национальные стандарты качества, отражающие нужды медицинской практики – медицинское образование формирует будущее системы здравоохранения.

15. *Признать семейную медицину отдельной дисциплиной.*

16. *Базовое медицинское образование должно обеспечить основу для всего последующего специализированного обучения.*

Базового медицинского образования НЕДОСТАТОЧНО для ведения практики в первичной помощи.

17. *Преподавать семейную медицину в каждом медицинском учебном заведении.*

И обеспечивать баланс между ВОП/специалистами.

18. *Обеспечивать специальное последипломное обучение семейной медицине.*

Семейная медицина становится признанной специальностью.

19. *Проводить исследование в области новых методов улучшения качества работы врачей.*

Врачи должны проводить непрерывный мониторинг / пересматривать ведение практики в целях удовлетворения нужд пациентов.

20. *Проводить исследования в области профилактики и первичной помощи.*

Определять новые методы, которые напрямую влияют на результаты в здравоохранении.

21. *Распространять информацию об успешных примерах.*

Поделитесь секретом, когда система первичной помощи действует.

Адаптировано на основе рабочего документа ВОЗ-WONCA, Глава 5⁶³

Сравнение Программ Первичной Медико-Санитарной Помощи по Странам

	США (управляемая помощь) ¹	Малайзия	Великобритан ия	Канада	Австралия	Финляндия	Япония
Количество лет обучения Поставщика Первичной Помощи (ППП)	11	6	9	9	8	14	7
Пользуются ли ППП услугами лаборатории?	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Используют ли ППП диагностическое оборудование?	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Отпускаются ли лекарства в учреждениях первичной помощи?	Нет	Иногда	Нет	Только в сельских районах	Нет	Нет	Да
Могут ли ППП назначать все лицензированные лекарства?	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Регулирует ли правительство количество поставщиков первичной помощи на определенной территории?	Нет	Нет	Нет	В некоторых районах	Нет	Нет	Нет

Разрешается ли ППП госпитализировать пациентов?	Да	Иногда ²	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Требуется ли направление от ППП для получения пациентами консультации специалиста или стационарного лечения?	Да	Да для специалистов	Некоторые	Да	Да	Иногда ³	Нет
Необходимо ли прикрепление пациентов к ППП?	Да	Да	Да	Нет	Нет	Иногда ⁴	Нет
Несет ли ППП ответственность за просвещение пациента?	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Несет ли ППП ответственность за работу с местным населением в отношении его просвещения и регулярных профилактических и медицинских визитов?	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Соотношение зарплаты ППП и специалистов (ППП : Специалист)	1:2	Хорошее	1:1	2:3	1:2	1:1	2:1

1) Контролируемая медицинская помощь относится к частным учреждениям медицинской помощи, которые часто называют Организациями по Охране Здоровья. Они оказывают все виды базового медицинского обслуживания пациентам, которые к ним прикреплены и оплатили денежный взнос.

2) в частном секторе, нет. В государственном секторе, да.

3) К некоторым специалистам можно обращаться в центры здоровья и в частном секторе без направления.

4) Некоторые пациенты могут быть просто прикреплены к ППП.

Примечание: Более подробная таблица имеется в Проекте ЗдравПлюс

References

- i World Health Organization (1995c). *The World Health Report 1995 – Bridging the Gap*. Geneva, World Health Organization.
- ii Black D, Morris J, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security, 1980.
- iii Bindman A, Weiner J, Majeed A. Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Affairs* 2001;20(3):132-145.
- iv World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, 1993.
- v Kark SL. "Epidemiology and community medicine." New York, Appleton-Century Crofts, 1974. Cited by: The World Organization of Family Doctors (WONCA) Online. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. Proceedings of the WHO-WONCA conference; 1994 November 6-8; Ontario, Canada. Accessed November 29, 2001. <http://www.globalfamilydoctor.com/>
- vi Mullan F. The 'Mona Lisa' of health policy: primary care at home and abroad. *Health Affairs* 1998 Mar-Apr;17(2):118-26.
- vii Safran DG, Taira DA, Rogers WH et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice* 1998; 47(3): 213-220.
- viii Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB. Effects of primary care coordination on public hospital patients. *Journal Of General Internal Medicine* 2000; 15(5): 329-36.
- ix Christakis D, Wright J, Koepsell T, Emerson S, Connell F. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics* 1999; 103(4): 738-42.
- x European Observatory on Health Care Systems. *Health systems in transition – United Kingdom 1999*. Accessed December 21, 2001. <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage>
- xi Howden-Chapman P, Ashton T. Shopping for health: purchasing health services through contracts. *Health Policy* 1994; 29(1-2): 61-83.
- xii Shackley P, Healey A. Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model. *Health Policy* 1993; 25(1-2): 153-68.
- xiii Shi, L., Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994; 24:431-458. Cited by: Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- xiv Farmer F, Stokes CD, Fiser R, Papini D. Poverty, primary care and age-specific mortality. *Journal of Rural Health* 1991; 7: 153-69. Cited by: Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- xv Welch WP, Miller M, Welch HG, Fisher E, Wennberg J. Geographic variation in expenditure for physicians' services in the United States. *New England Journal of Medicine* 1993; 328; 621-27. Cited by: Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- xvi Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- xvii Wilkinson RG, Income distribution and mortality: a 'natural' experiment. *Sociology of Health and Illness* 1990; 12: 391-412. Cited by: Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- xviii Starfield B. Primary care, equity and health in an international context (keynote address). *A Work-in-Progress Seminar on Health and Healthcare in Changing Environments: The Malaysian Experience*. Accessed November 29, 2001. <http://www2.jaring.my/pcdom/starb2.htm>

-
- xix Villabi JR, Guarga A, Pasarin MI, et al, "Evaluacion del impacto de la reforma de la atencion primaria sobre la salud" *Alten Primaria*, 1999, 24: 468-74. Cited by: Starfield B. Primary care, equity and health in an international context (keynote address). A Work-in-Progress Seminar on Health and Healthcare in Changing Environments: The Malaysian Experience. Accessed November 29, 2001. <http://www2.jaring.my/pcdom/starb2.htm>
- xx Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *The American Journal of Managed Care* 1999; 5(6): 727-734.
- xxi Bindman AB, Grumbach K, Osmond D et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274(4): 305-11.
- xxii Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Medical Care* 1998; 36(8): AS21-30 supplement.
- xxiii Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenheck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58(9): 861-68.
- xxiv Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *The Journal of Family Practice* 1996; 42(2): 139-44.
- xxv Family Physician Workforce Reform: Recommendations of the American Academy of Family Physicians. AAFP Reprint No. 305a. American Academy of Family Physicians. Kansas City, MO: 1995. Accessed December 11, 2001. <http://www.aafp.org/gov/reprint305/rep-305.html>
- xxvi Forrest C, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health* 1998; 88(9): 1330-6.
- xxvii Laing Richard. Personal communications. January 2002.
- xxviii Declercq ER, DeVries R, Viisainen K, Salvesson H, Wrede S. Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth. In *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. 2001. In: DeVries R, Beniot C, van Teijlingen E, Wrede S, eds. New York: Routledge Press, pp. 7-27.
- xxix Conway T, Hu TC, Mason E, Mueller C. Are primary care residents adequately prepared to care for women of reproductive age? *Family Planning Perspectives* 1995; 27(2):66-70.
- xxx Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice* 1999;49:705-10.
- xxxi Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996. Cited by National Institute of Mental Health. Accessed December 15, 2001. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm>
- xxxii Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of general psychiatry* 1996; 53:924-32.
- xxxiii Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(18): 1312-17.
- xxxiv Management Sciences for Health in collaboration with WHO. *Managing Drug Supply*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press Inc, 1997: 81.
- xxxv Harris MF, Mercer PJ. Reactive or preventive: the role of general practice in achieving a healthier Australia. *Medical Journal of Australia* 2001;175:92-93. Accessed November 27, 2001. http://www.mja.com.au/public/issues/175_02_160701/harris/harris.html

xxxvi American Medical Group Association. From infancy to rebirth: celebrating 50+ years of medical group practices and their contributions to medicine. Cited by: AMGA Online. Accessed January 2, 2002. <http://www.amga.org>

xxxvii European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition – Sweden 2001. Accessed December 20, 2001. <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage>

xxxviii Long SK, Zuckerman S. Urban health care in transition: challenges facing Los Angeles County. Health Care Financing Review 1998;20(1):45-58.

xxxix European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition – Denmark 2001: 75. Accessed December 20, 2001. <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage>

xl Manning W, Newhouse J, Duan N, et al. Health insurance and the demand for medical care, evidence from a randomized experiment. Santa Monica CA: Rand Corporation, 1988.

xli Newhouse JP. (1993)Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press.

xlii Epp MJ, Vining AR, Collins-Dodd C, Love E. The impact of direct and extra billing for medical services: evidence from a natural experiment in British Columbia. Social Science and Medicine 2000; 51:691-702.

xliii Wilkinson D, Gouws E, Sach M, Karim SS. Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79(7):665-671

xliv Newbrander, W., Collins, D., Gilson, L. 2001. Ensuring Equal Access to Health Services: User Fee Systems and the Poor, Boston, MA, Management Sciences for Health.

xlv Kipp W, Kamugisha J, Jacobs P, Burnham G, Rubaale T. User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda. Bulletin of the World Health Organization 2001;79(11):1032-37.

xlvi Anonymous. Primary care incomes keep rising as those of specialists stall. Managed Care 1994; 3(5):20.

xlvii Dalen JE. US physician manpower needs: generalists and specialists: achieving the balance (commentary). Archives of Internal Medicine 1996;156(1): 21-24.

xlviii European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition – Switzerland 2000. Accessed December 22, 2001. <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage>

xlix Lee AD. Financial support for graduate medical education under the Clinton Health Security Act. Health Care Law Newsletter. 1994 Apr;9(4):3-7.

l Northwest Territories Medical Association and Northwest Territories Registered Nurses Association. The provision of health care in the Northwest Territories (NWT): a joint statement on health care reform in the NWT, September 1998. Canadian Journal of Rural Medicine 2000; 5(1):12.

li Jong MKK, Horwood K, Robbins CW, Elford R. A model for remote communities using store and forward telemedicine to reduce health care costs. Canadian Journal of Rural Medicine 2001;6(1):15-20.

lii Lawson K, Chew M, Van Der Weyden MB. A revolution in rural and remote Australia; bringing health education to the bush. Medical Journal of Australia (MJA) 2000;173:618-24. Accessed December 20, 2001. <http://www.mja.com.au/>

liii McGavock, H. Improving the rationality and economy of family doctor (GP) drug prescribing by means of feedback interviews: the 13-year Northern Ireland experience. 1989.

liv Gosden T, Torgerson DJ. The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence. Health Policy 1997;40(2):103-114.

-
- lv Greer KJ. Fundholding by general practitioners. *New Zealand Medical Journal* 1993; 106(958):259-60.
- lvi Gunderson M. Eliminating conflicts of interest in managed care organizations through disclosure and consent. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 1997; 25(2,3):192-8.
- lvii Boston University School of Public Health. Unpublished report. USAID-funded Health Law and Regulatory Reform project. 2000.
- lviii Kennelly C, Dale J. Telephone helplines. Direct inquiries. *Health Services Journal* 1998; 108(5615):24-5.
- lix Vohlonen I, Pekurinen M, Saltman R. Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. *Health Policy* 1989; 13: 65-79.
- lx Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001; 20(3):10-20.
- lxi Canadian Institute for Health Information – Statistics Canada. Health care in Canada 2001. Accessed November 30, 2001. <http://www.cihi.ca>
- lxii Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Practice guidelines given by specialty societies. *The Lancet* 2000;355(9215):1646-47.